



Sog'liqni saqlash
vazirligi



Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligi



Innovatsion rivojlanish
vazirligi



Andijon davlat
tibbiyot instituti

PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH



MAVZUSIDAGI RESPUBLIKA
ILMIY-AMALIY ANJUMANI



MATERIALLARI

ANDIJON
10-11-IYUN
2022-YIL



PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO'LLASH

TAHRIRIYAT JAMOASI

ILMIY MUHARRIR

M.M.Madazimov

MAS'UL MUHARRIRLAR

K.Z.Salaxiddinov, J.A.Johongirov, G.N.Mamatxujayeva,

TAHRIRIYAT HAY'ATI A'ZOLARI

Z.S.Salaxiddinov, X.T.Musashayxov, X.X.Tursunov,
D.B.Asrankulova, N.S.Mamasaliyev, M.E.Abdullayeva,
Z.A.Kaxarov, K.T.Xudayberdiyev, Sh.Y.Bustonov,
N.Sh.Buranova, M.M.Kuzibayeva, M.R.Mamadjanova,
N.R.Usmonova, O.A.Muminova

KOMPYUTER GRAFIK MUHARRIRLARI

Y.S.Gromov, B.N.Soliev, S.X.Abduraxmonov, N.M.Asrarov,
A.S.Kurbonov, A.U.Akimov

Ички кассаликлари

ANDIJON VILOYATI SHAXRIXON TUMANIDA ISTIQOMAT QILUVCHI AYOLLARDA GIPOTIREOZ VA LIPIDLAR ALMASHINUVI

*Abdurazakova D.S. Vepritskaya E.V, Kamoldinov R.K. Nishanova M.S
Andijon Davlat tibbiyot instituti*

Tekshiruv maqsadi: Andijon viloyati SHaxrixon tumani ayollarida gipotireozning uchrashi va lipid almashinuviga ta'siri.

Material va usullar: Tekshirishda 100 nafar 17-60 yoshdagi ayollar qatnashib, o'rtacha yosh 35 yoshni tashkil etdi. Natijalarini tahlil qilish qulay bo'lishi uchun tekshiriluvchi ayollar yoshga bog'liq ravishda ikki guruhga taqsimlandi. 1-guruhga 40 yoshgacha bo'lgan ayollar 50 nafar (50%), 2-guruhga 40 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan ayollar 50 nafari (50%) kiritildi. Nazorat guruhiga shu yoshdagi 15 nafar qalqonsimon bez kasalligi aniqlanmagan ayollar kiritildi. Ayollarning qonida umumiy xolesterin (UX), triglitseridlar zichligi past lipoproteidlar (ZPLP), zichligi yuqori lipoproteidlar (ZYULP) aniqlanildi va aterogenlik indeksi (AI) hisoblanildi me'yori -3,0 ($AI = UX - YUZLP/PZLP$). Barcha tekshiriluvchi ayollarda qalqonsimon bezni paypaslash olib borildi va kattalashuv darajasi Jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti tasnifi bo'yicha aniqlandi. Qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Tireotrop gormoni (TTG) darajasi (me'yori 0,17- 4,05), triyodtironin (T3), tiroksin(T4) miqdori radioimmunos tahlil (RIT) usulida aniqlandi (Immunotech, CHexiya). Yuqoridagi tekshiruvlarga asosan TTG >4,05 ml/UI va T4 me'yorda bo'lgan 18 nafar ayol ajratildi. 1-guruhdagi ayollar orasida 8 nafar, 2- guruhda 10 nafar ayolda gipotireoz aniqlanildi

Gipotireoz aniqlangan ayollarda lipidlar almashinuvi ko'rsatkichlari tekshiruvi o'tkazildi: UX, ZPLP, ZYULP, triglitseridlar ko'rsatkichi va AI hisoblash bilan baholandi. Barcha tekshiruvlar Andijon davlat tibbiyot instituti klinikalari laborator diagnostika bo'limida o'tkazildi. Olib borilgan tekshiruvlarga asosan, lipidlar almashinuvi ko'rsatkichlari (UX, ZPLP, ZYULP, AI) me'yoriy muvozanati o'zgarishi subklinik gipotireozda kuzatildi. Gipotireoz aniqlangan ayollarda nazorat guruhidagilardan farqli ravishda umumiy xolesterin, triglitseridlar va aterogenlik indeksi statistik ahamiyatga ega, nisbatan yuqori darajada bo'lib, yuqori zichlikdagi lipoproteidlarning miqdori pastligi aniqlandi.

Xulosa:

1. Andijon viloyati SHaxrixon tumanida yashovchi 69% ayollarda qalqonsimon bez kattalashuvi aniqlandi, 1-daraja - 58% 2- daraja - 42% dir.
2. Tekshiriluvchi ayollarning 13%ida gipotireoz aniqlandi. YOshi ulg'ayib borgan sari gipotireozning uchrashi oshib bordi.
3. Subklinik gipotireoz tashxisi qo'yilgan ayollarda UX, ZPLP, TG, AI darajasi va aterogen indeksi yuqoridir, XS YUZLP nazorat guruhidagi ayollarga nisbatan ahamiyatli darajada pastdir.

THE USE OF DOMESTIC CONCENTRATE OF BLOOD COAGULATION FACTOR
VIII IN PATIENTS WITH HEMOPHILIA A

*Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X., Nishonova N.A. Ahmedova H.Yu.
Umurzaqova R.Z.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The main method of treatment of patients with hemophilia to date is substitution therapy with concentrates of deficient blood clotting factors. Thanks to the development of recombinant DNA technology for the production of antihemophilic globulins, new safe and effective medicines have been created over the past decades.

The purpose of the study. To evaluate the effectiveness and safety of the use of MA during surgical manipulations and operations in patients with hemophilia A.

Materials and methods of research. The study included 23 patients with hemophilia A who received MA replacement therapy against the background of invasive manipulations from 2016 to 2018, aged 14 to 52 years (Me – 33), 17 of them had severe, 3 had moderate, and 3 had mild disease. The patients were divided into two groups: the first included 18 patients who underwent minor invasive interventions for acute hemorrhagic syndrome — puncture aspiration of spilled blood from the joint cavity or hematoma, the second included 5 patients who underwent surgical treatment (amputation of the middle phalanx of the II finger, osteosynthesis of the left femur, tooth extraction, removal metal structures after osteosynthesis, herniation).

The results of the study. Patients of the first group received 96 infusions — 237,000 IU of the drug, the average frequency of injections of MA per patient per hospitalization was 5.4; the average single dose of MA per injection was 34.5 IU/kg. Reduction of swelling, soreness and restoration of movements in the affected joint was noted for 2-3 days. from the beginning of therapy; relief of all signs of inflammation occurred on day 7. The clinical efficacy of the drug in patients of this group is satisfactory.

When analyzing the activity of F. VIII in the plasma of the examined, it was found that an hour after the introduction of MA, recalculated by a dose of 1 IU / kg of body weight, on average, the level of the factor increased by 2.2%. 58 infusions were performed in patients of the second group—188500 IU, the average frequency of administration of the drug per patient per hospitalization was 11.6; the average single dose of F. VIII concentrate per injection was 50.4 IU/kg. When analyzing the activity of F. VIII in the plasma of patients, it was found that an hour after administration, a dose of 1 IU / kg of body weight increased the level of the factor by 1.8% on average. Only one patient intraoperatively, due to the great traumatism of the surgical aid — osteosynthesis, required an additional injection of the drug, but there was no excess of the doses recommended by the manufacturer.

The volume of blood loss during and after operations in none of the patients significantly exceeded that in comparable manipulations in persons who do not suffer from hemostasis disorders. There was no recurrence of hemorrhagic syndrome. In both groups, there were no significant changes in biochemical parameters before and after the introduction of MA. Infectious complications, allergic reactions, the appearance of an inhibitor and other undesirable effects on the administration of the drug have not been registered.

Conclusion. Clinical and laboratory data obtained before and against the background of MA replacement therapy (154 infusions—425,500 IU) indicate the safety of domestic recombinant concentrate F. VIII. The effectiveness of the drug in all patients was satisfactory. An increase in the activity of F. VIII was found by 2.2% in the first and by 1.8% in the second group with the introduction of 1 IU / kg MA. The obtained results of the MA study are comparable with the results of the use of both native and recombinant blood clotting factors described in the literature.

SYMPTOMS OF HEMOSTASIS AND INFLAMMATORY REACTION OF ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

*Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X., Nishonova N.A. Ahmedova H.Yu.
Umurzaqova R.Z.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The results of numerous studies indicate that the presence of hyperhomocysteinemia increases the risk of early development of atherosclerosis and thrombosis of coronary, cerebral and peripheral arteries, regardless of traditional risk factors. Existing methods of hyperhomocysteinemia therapy require daily and prolonged use of medications. However, in a number of situations, for example, with intolerance to vitamin preparations, if emergency surgical interventions are necessary, such methods have significant limitations, therefore, the development of methods for treating this thrombophilic condition that can quickly and effectively reduce the concentration of homocysteine is of great practical importance.

It is known that the most important risk factor for the development and progression of cardiovascular pathology associated with atherosclerosis are disorders of blood metabolism. However, there are few publications that would determine the presence of a link between lipid metabolism and the state of coagulation, including hyperproduction of coagulation factors, to date.

Thus, information about the role of procoagulant hyperproduction in the formation of a thrombophilic state in arterial hypertension is not numerous, and existing methods of treating hyperhomocysteinemia have limitations. There is little data on endothelial dysfunction in the pathogenesis of complications of essential arterial hypertension and the features of a nonspecific inflammatory reaction in this disease. The elucidation of these significant features has become the subject of our research.

The purpose of the study. To study the features of coagulation hemostasis disorders, levels of inflammatory markers and indicators of endothelial dysfunction in patients with essential arterial hypertension.

Materials and methods of research. The work is based on the results of a study of clinical and laboratory parameters of 82 patients with essential arterial hypertension. Clinical data were obtained on the basis of the ASMI clinic. The criteria for inclusion in the study of patients were arterial hypertension of stage II-III.

The results of the study. In recent years, numerous epidemiological and experimental data have emerged stating the presence of hyper-coagulation changes in the hemostasis system in essential arterial hypertension. It was found that the pathogenetic mechanisms of life-threatening complications of arterial hypertension, such as ischemic stroke and myocardial infarction, are closely related to the activation and/or dysfunction of the blood coagulation system. That is why we have concentrated our efforts on identifying the features of coagulation hemostasis disorders in different groups of patients with arterial hypertension.

The determination of RFMC in plasma in a number of clinical situations is of great diagnostic importance, since it is a marker of intra-vascular blood clotting. The level of RFMC in the control group was equal to 3.3 ± 0.1 mg%, and in the group of patients with arterial hypertension this indicator was higher and amounted to 7.8 ± 0.6 mg% ($p < 0.001$). We found an increased concentration of RFMC in 54 patients with hypertension (66%),

It is known that an increase in the activity of coagulation factor VIII predisposes to thrombosis and is a thrombophilic condition. We determined the content of this coagulation factor in patients with arterial hypertension. In the control group, the level of factor VIII was $99.9 \pm 3.6\%$, and in the group of patients with arterial hypertension, this indicator was 131, ($\pm 6.6\%$, which turned out to be higher ($p < 0.001$) than in the control group.

It is well known that ischemic brain damage and myocardial infarctions often accompany arterial hypertension.

It turned out that in the group of patients without complications, this indicator was equal to $126.7 \pm 6.9\%$, and in the group of patients with complicated hypertension, this parameter was $151.7 \pm 17.5\%$. When comparing these two groups of patients with arterial hypertension, statistically significant differences were revealed ($p < 0.05$).

No correlation was found between the level of factor VIII and CRP during the correlation analysis ($g=0.06$; $p=0.963$). There was also no relationship between the levels of coagulation factor VIII and Il-6 ($g=0.025$; $p=0.814$). Thus, we did not find a correlation between the hyperproduction of coagulation factor VIII and an increase in the concentration of inflammatory markers.

To date, a lot of data has been presented on the pathogenesis of atherosclerotic vascular lesions and the role of hemodynamic and other disorders in the genesis of atherothrombotic disorders in arterial hypertension, but the frequency of hyperproduction of coagulation factor IX in this pathology has not been determined. At the same time, it is known that an increase in the concentration of this factor is a thrombophilic condition. We found an increase in the activity of this indicator in 11 (13%) patients with hypertension. When studying the frequency of detection of hyperproduction of coagulation factor IX, a large frequency of increase was found in the group of patients with arterial hypertension ($p=0.0074$) in comparison with the control group.

To date, the relationship of obesity with essential arterial hypertension, impaired carbohydrate metabolism and dyslipidemia has been established. It is also suggested that adipose tissue is able to secrete various biologically active compounds into the bloodstream, including cytokines. To detect this pathogenetic mechanism, we compared the content of inflammatory response markers (CRP, Il-6) in patients with hypertension with normal and overweight. It turned out that in the group of patients with a BMI of up to 25, the CRP content was equal to 4.09 ± 1.71 mg/l, and in the group of patients with an increased BMI, this indicator was increased by more than 2 times and amounted to 8.46 ± 1.36 mg/l ($p < 0.05$). The Il-6 content in the group of patients with arterial hypertension with a BMI of up to 25 was equal to 3.38 ± 0.5 pg/ml, and in the group of patients with increased BMI, this indicator was also significantly higher and amounted to 7.32 ± 1.54 pg/ml ($p < 0.02$).

Conclusion. Determination of the increased coagulation activity of antihemophilic globulin and high concentration of the Willes-brand factor antigen in patients with essential arterial hypertension allows forming a risk group for the development of atherothrombosis episodes.

It has been shown that the method of determining interleukin-6 is suitable for detecting a nonspecific inflammatory reaction in patients with essential arterial hypertension.

In patients with essential hypertension with a high body mass index, the levels of CRP and Il-6 are significantly higher than in patients with normal body weight, which should be taken into account when assessing the severity of the inflammatory process in obese patients.

YURAK QON-TOMIR KASALLIKLARI BO‘LGAN DEPRASIV BUZULISHLAR VA ULARNI KORREKTSOYALASH

*Abduvalieva G.T., Niyozova Ya.M.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Depressiv buzuvlikda remissiyaga erishish o'z-o'zidan davolashning muhim maqsadidir, chunki depressiya yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'riqan bemorlarning hayot sifatini pasaytirish va sog'liqni saqlash xarajatlarini oshirishning asosiy omili hisoblanadi, shu bilan birga, depressiyani davolash yurak-qon tomir kasalliklari prognozini yaxshilaydi. , bu ham jozibador.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi yurak-qon tomir kasalliklari bo'lgan bemorlarda depressiv buzilishlarning og'irligini va ularni tuzatishni baholash edi.

Materiallar va uslublar. Tadqiqotda 18 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan turli xil yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan 211 bemor, shu jumladan 104 (49,3%) erkaklar va 107 (50,7%) ayollar ishtirok etdi.

Barcha bemorlar shikoyatlarni baholash, anamnez, fizik va laboratoriya-instrumental tekshiruvlarni o'z ichiga olgan standart umumiy klinik tekshiruvdan o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarga gipertenziya tashxisi qo'yilgan. AG 1 osh qoshiq. 51 (24,2%), AH 2 osh qoshiqda tashxis qo'yilgan. - 98 (46,4%) va AH 3 osh qoshiqda. - 62 (29,4%) bemorda. Atriyal fibrilatsiya 3-guruhdagi bemorlarda (tarixda IHD va MI) birinchi va ikkinchi guruh bemorlariga nisbatan mos ravishda 2,7 va 1,9 marta ko'proq uchraydi ($p < 0,05$). Insult tarixi (ishemik yoki gemorragik) ham 3-guruhda 1 va 2-guruhlarga qaraganda sezilarli darajada tez-tez uchraydi - mos ravishda 4,4 va 2,0 marta ($p < 0,05$).

Bek shkalasidan foydalangan holda tadqiqotga kiritilgan 211 bemordan 127 (60,2%) bemorda depressiv buzilishlar belgilari aniqlangan. Shunday qilib, engil va o'rtacha darajadagi depressiya (10-10 ball) 79 (37,4%) bemorlarda, og'ir va og'ir (> 20 ball) - 68 (32,2%) bemorlarda tashxis qo'yilgan. Guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar yo'q edi, garchi uchinchi guruhdagi bemorlarda depressiya belgilarining kuchayish tendentsiyasi mavjud edi.

CVD bilan og'rigan bemorlarda depressiv kasalliklarni davolash muayyan xususiyatlarga ega. Birinchidan, ba'zi antidepressantlarning mumkin bo'lgan kardiotsiklik ta'siri haqida jiddiy tashvishlar mavjud. Ikkinchidan, agar ruhiy tushkunlik belgilari stressli sog'liq hodisasi (masalan, yurak-qon tomir kasalliklaridan keyin moslashish buzilishi) natijasida yuzaga kelsa, skrining va davolanishsiz o'z-o'zidan remissiya bo'lishi mumkin.

Uchinchidan, yurak-qon tomir kasalliklari bo'lgan bemorlarda psixiatrik davolanish variantlari farq qilishi mumkin. To'rtinchidan, depressiyaning engil subsindromik belgilari mavjudligi KVD prognozining yomonlashishi bilan bog'liq bo'lsa-da, depressiya uchun standart davolash CVD va engil depressiv kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga foyda keltiradimi yoki yo'qmi aniq emas.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqot yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda depressiv buzilishlarning yuqori darajasini aniqladi, bu umumiy aholiga qaraganda ancha yuqori va shuning uchun KVD bilan og'rigan bemorlarga depressiv kasalliklarni aniqlash uchun skrining qilish tavsiya etiladi. Ushbu toifadagi bemorlarda SSRI paroksetinning yuqori samaradorligi va xavfsizligi ko'rsatilgan.

YURAK KORONAAR KASALLIKLARDAGI DEPRASIV HOLATLAR VA ULARNI DAVOLASH

*Abduvalieva G.T., Niyozova Ya.M.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Ushbu muammoni o'rganishning dolzarb yo'nalishlari depressiyaning kardiopatogen ta'siri mexanizmlarini o'rganish, kardiologik amaliyotda somatlashtirilgan depressiyaning klinikasi va differentsial diagnostikasi, yurak-qon tomir kasalliklari (KVD) bilan og'rigan bemorlarda depressiv kasalliklarni davolashdir. Depressiya yurak-qon tomir tizimining holatiga keskin ta'sir qiluvchi o'ziga xos patofizyologik mexanizmlarni boshlaydi.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi koronar arter kasalligi bo'lgan bemorlarda depressiv kasalliklarning klinik o'ziga xosligini o'rganish edi. O'tkir yurak-qon tomir kasalliklari xavfi omillarini o'rganish va baholashda yosh, jins, CHD davomiyligi, kasbiy va xulq-atvor xavf omillari, yomon odatlar (chekish, spirtli ichimliklar), irsiy KVH yuki hisobga olingan.

Tadqiqot materiali va usullari: Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun ASMI klinikasining kardiologiya bo'limiga yotqizilgan 48 nafar bemor (m-28, 58,3%; w-20, 41,7%) tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotga qo'shilish mezonlari: koronar arter kasalligi va depressiv kasalliklarga chalingan 18 yoshdan oshgan kasal erkaklar va ayollar. Tadqiqotdan chetlashtirish mezonlari: og'ir birga keladigan kasalliklar (jigar va buyraklar faoliyatining buzilishi va boshqalar). Koronar arteriya kasalligi tarixining davomiyligi - 34 yilgacha; bir qator bemorlarda birinchi marta aniqlangan. Koronar arter kasalligi bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi 45-60 yoshda tashxislanadi. 10 nafar bemorda ishemi insult tarixi bor edi.

Koronar arteriya kasalligi va depressiv kasalliklar bilan og'rigan bemorlarning klinik - kuzatuv tadqiqotlari ularni somatogen, endogen va psixogen kasalliklar sifatida ajratishga imkon berdi.

Barcha bemorlar kardiologlar tomonidan HADS shkalasi yordamida tekshirildi. Kasalxona tashvish va depressiya shkalasi (HADS) depressiya va xavotirni tekshirish uchun ishlatilgan. Hamilton depressiya shkalasi (HADS) skriningni tekshirish va depressiya belgilarining og'irligini baholash uchun ishlatilgan.

Antidepressantlar buyurilganidan keyin 38 (62,5%) bemorning ahvoli yaxshilandi. Shu munosabat bilan terapevtik amaliyotda antidepressantlarni buyurish maqsadga muvofiqdir.

Xulosa: Ushbu tadqiqot natijalari koronar arter kasalligi bilan og'rigan bemorlarni davolashda kompleks yondashuvning oqilona ekanligini tasdiqlaydi, bu davolash va diagnostika jarayonini optimallashtirish, reabilitatsiya taktikasini ilgari surish va bunday bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

TOBACCO ADDICTION AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF ATHEROSCLEROSIS

*Agranovsky M.L., Soliev D.M., Muminov R.K., Makhmudova H.H.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to epidemiological studies, 50% of the adult male population on the globe smokes. In recent decades, women have also been subjected to this addiction. Numerous researchers have established the influence of smoking on the occurrence and development of atherosclerotic diseases.

Thus, carbon monoxide is contained in cigarette smoke up to 26%, forming up to 20% of carboxyhemoglobin in the blood, causing hemic hypoxia, leading to the development of tissue hypoxia, damage to vascular cells and an increase in the risk of atherosclerotic changes. Along with the violation of the vascular structure, the metabolism of low-density lipoproteins decreases, which leads them to deposition in the vascular wall, increasing the production of catecholamines, contributing to an increase in the concentration of blood lipids, and atherosclerotic formations in the vessels. The toxic effect of nicotine makes it difficult to absorb vitamin C, which also contributes to the deposition of cholesterol in the walls of blood vessels and microcirculation disorders.

A number of researchers deny the connection of smoking with the level of lipids, in particular, cholesterol.

The aim of the work is, taking into account the above, to study the effect of smoking on the course of the atherosclerotic process in the aorta and coronary arteries on sectional material in indigenous and non-indigenous populations by age groups.

The material of the study was 370 cases of practically healthy people smoking, and 81 cases of those who died from cardiovascular diseases. In the group of non-smokers, respectively, practically healthy persons, 130 cases died from cardiovascular diseases – 14 cases.

Results of the study - according to our observations, the analysis of the results of the study in a group of practically healthy individuals showed that the total area of atherosclerosis of the aorta and coronary arteries in smoking men of the population was always larger than in non-smoking men. If in non-smoking men it was 16.2% in the thoracic aorta and 16.8% in the abdominal aorta, then in smoking men the total area of atherosclerosis was 18.4% in the thoracic aorta and 25.6% in the abdominal aorta.

The same pattern was found in the coronary arteries between groups of smoking and non-smoking men.

The area of fibrous plaques, complicated lesions and calcification in the aorta and coronary arteries was significantly larger in smoking men. In general, the area of towering lesions in the population in the aorta and coronary arteries was significantly larger in smoking men in all age groups. In those who died from cardiovascular diseases, the area of various types of atherosclerotic lesions in the aorta and coronary arteries in the compared groups was higher in men with a risk factor.

Conclusions: thus, the comparison, taking into account the presence or absence of a risk factor for smoking, showed that smoking predisposes to more severe development of atherosclerosis.

SUICIDES AND ALCOHOLISM

*Agranovsky M.L., Askarova K.I., Kozimzhonova I.F., Muminov R.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Drug addiction and alcoholism are becoming one of the most pressing problems of medicine. In families where alcohol and drugs are abused, the healthy look of life is violated there. Children who are brought up in these families have psychological disorders.

The aim of the study was to study family alcoholism and suicide.

Materials and methods of research. To solve these tasks, we examined 210 incomplete suicides. It should be noted that most of them are teenagers. Behind each such case there is a personal tragedy, hopelessness, when the fear of life overcomes the fear of death.

The results of the study. The main causes of suicide are family and microsocial factors. The study of suicide motives has shown that family conflicts are important in the genesis of suicidal behavior.

Suicides were most often reported in families where alcoholic beverages were consumed. Such parents cannot create normal conditions for the development of a child, such children lack social support from parents and others. Disharmonious forms of education contributes to the formation and consolidation of certain accentuation.

Character, and often are the cause of the pathoharacteriological development of personality. As a rule, closed, vulnerable teenagers decide on such a step because of the feeling of loneliness, their own uselessness, stress and loss of the meaning of life. Such children, immersed in thoughts of suicide, tend to feel lonely, helpless and rejected. Teenagers who abuse alcohol or drugs are more likely to attempt to pass away. It is known that about 80% of people who have attempted suicide have done so after drinking alcohol.

Alcohol is a depressant. After a prolonged period of depression, they can suddenly become very cheerful, because they "found a way out of the situation" by deciding to commit suicide.

Many will be right if they say: such children need the help of specialists. The teacher's help in identifying such children in advance can be expressed in the fact that – often communicating with a child, he can see signs of a problem state: apathy, tension, aggressiveness, etc.

Conclusions:Such a teacher's role bears fruit. It is only important for the teacher to invest sincere sympathy and warmth in such work.

SOCIAL CAUSES OF SUICIDES.

*Agranovsky M.L., Usmanova. M.B., Muminrov R.K., Kozimzhonova I.F.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Over the past five years, the number of suicides among young people in the Andijan region has increased 3 times. This is a problem not only of psychiatry, but of medicine in general. This is also an urgent social problem. Since practically healthy people and people with borderline disorders predominated among suicides, the study of the psychological characteristics of the personality of suicides is of particular interest. This is explained by the fact that suicide is an individual behavioral reaction caused not only by socio-environmental factors, but also by psychological and pathopsychological characteristics of the individual in extreme life circumstances

The purpose of the study. The purpose of our study was to identify the social causes of suicide.

Material and methods of research. We have studied 210 incomplete suicides. According to our data, 210 suicides who attempted suicide were not under dispensary supervision. Our research and analysis of representative material give grounds to classify the motives and reasons for suicidal acts into the following groups: 1. Personal – family conflicts. 2. Material and household difficulties. 3. Conflicts in the professional and educational sphere. The surveyed suicides made suicidal attempts for the following reasons: personal – family conflicts 53 (47.7%), to prove their importance 9 (7.0%), misunderstanding of their feelings 25 (23.8%), insults from others and material and household difficulties 6 (5.7%).

Results and discussions. As the analysis of suicidal actions shows, in the suicides examined by us, the suicidal behavior of most of them was associated with the impact of real objectively and subjectively severe psychotraumatic environmental factors that cause frustration of the vital needs of the individual and its socio-psychological maladaptation.

The age of the studied patients at the time of examination ranged from 15 to 60 years. The majority of suicides in the surveyed population will be persons who have reached adolescence: 210 patients (64.5%) were 15-29 years old.

Conflicts in the personal and family spheres were the predominant motives for suicidal acts. These include unfair treatment (insults, accusations, humiliations) from relatives and others, lack of attention, care from others. Research has shown that parents become the main cause of suicide. Material and everyday difficulties suicidal actions caused by this motive have been more common in recent years. This is due to the economic difficulties of the transition period, an increase in the number of those who do not have a permanent job.

Conclusion. Suicidal motives related to work or study were caused in some cases by their own insolvency, failures, inconsistency of their abilities with the nature of the requirements, a drop in prestige. The family performs three basic functions: emotional, economic, educational. In our lives, these functions are rarely performed.

EMERGENCY CARE FOR PATIENTS WITH INCOMPLETE SUICIDES

*Agranovsky M.L., Malikova A.E., Muminov R.K., Sarbayeva N.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Suicidology is currently one of the most relevant sections of modern psychiatry. This is due to the fact that suicides occupy the first place among the mortality of

the population. In recent years, the pandemic of the COVID-19 virus has affected the increase in the frequency of suicide attempts due to the enormous moral and material damage that the suicide problem causes to society. More than 1 million people commit suicide every year in the world.

The purpose of the study: To study the socio-psychological characteristics and psychopathological picture of suicides with incomplete suicides, as well as the effectiveness of sedative therapy and including psychotherapy for emergency care for them.

Materials and methods. Our task was to examine persons who were after a suicide attempt in the toxicological, burn, neuro-intensive care and surgical departments of the Andijan branch of the RCEM. We studied 210 patients (men-76, 36.2%; women-134, 63.8%) with incomplete suicides. Of these, only 2 repeated the suicide attempt. According to our data, 210 suicides who attempted suicide were not on dispensary observation. The examination of suicides was carried out by clinical-psychological, pathopsychological, anamnestic and clinical-catamnestic methods.

Results and discussions. The results showed that the analysis of suicidal attempts in the patients examined by us, as well as the suicidal behavior of most of them, was associated with the impact of real objectively and subjectively severe psychotraumatic environmental factors that cause frustration of vital needs of the individual and its socio-psychological maladaptation.

The ratio of men and women in the main group who committed suicide attempts was 76 (36.2%) and 134 (63.8%), respectively. The analysis of the age and sex characteristics of persons who have committed a suicide attempt shows the dominance of men in the age group of 22-29 years (20.0%), and women in the age group of 15-29 (41.4%). Suicidal attempts are most often committed regardless of gender at the most able-bodied age from 16-30 years.

Our data confirm that relatives of suicide victims have an increased risk, both genes and the general environment contribute to this risk. Genetic predispositions in families are transmitted along with environmental risks, which forms a chain of interrelated events.

When the effectiveness of treatment was achieved in 150 examined patients (the main group), antidepressants, tranquilizers and psychotherapy were prescribed. Of these, 109 (72.7%) recovered, significantly improved were observed in 27 (18.0%), and slightly improved in 14 (9.3%) patients.

Conclusion: Suicide is a strong traumatic factor, after which psychopathological disorders develop. In the treatment of thematic patients, complex therapy combined with psychotherapy is important.

ANXIETY DISORDERS IN HYPERTENSION.

*Agranovsky M.L., Soliev D.M., Muminov R.K., Makhmudova H.H.
Andijan State Medical Institute*

Introductions. Everyone knows the alarm. A lot of people experience it daily. An alarm is a signal of threatening changes in the body or the outside world. Anxiety is the most common mental disorder in the general medical network.

The purpose of the study. The purpose of our study was to identify the features of anxiety symptoms in the hypertension clinic.

Material and methods of research. In the ASMI clinic in the therapeutic department, 40 patients were examined, from 30 to 60 years old, including 18 women (45%), 22 men (55%).

The results of the study. In the group of these patients, the following disorders were noted: headaches, nausea, vomiting, pain in the heart, anxiety is a feeling of tension, expectation, discomfort, the first objective signs (rapid breathing, muscle tension, trembling, etc.), the second psychovegetative (decreased mood, palpitations, sweating, dizziness attacks,

shortness of breath, mood swings). This symptomatology occurred during physical and psychoemotional stress, with exacerbation of chronic diseases.

All the observed patients turned to general practitioners, where they were treated with a diagnosis of "hypertension" and received therapeutic care accordingly. But they did not receive any special effect from the treatment, since all patients complained of poor sleep, increased irritability, decreased mood, anxiety, phobias, decreased performance, loss of interests. After prescribing even small doses of psychotropic drugs, the condition of 27 (67.5%) patients improved in the first week, anxiety disappeared.

Conclusions. In this regard, it is more appropriate to prescribe psychotropic drugs in therapeutic practice.

LEYKOTSITLARNING EKSPERIMENTDA VA AYRIM GEMATOLOGIK KASALLIKLARDA QONNING REOLOGIK XUSUSIYATLARIGA TA'SIRI

*Ahmedova H.Yu., Umurzaqova R.Z., Abdurahopova N.R., Ahmedov B.X.,
Nishonova N.A.*

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbli. So'nggi paytlarda eksperimental tadqiqotlar va nazariy tahlilning yangi usullari paydo bo'lishi tufayli eritrotsitlarning reologik xususiyatlari haqidagi g'oyalarda sezilarli o'sish kuzatildi. Qizil qon hujayralarining biofizik va biokimyoviy xususiyatlarini taqqoslash orqali qizil qon hujayralarining molekulyar tuzilishini, ayniqsa, ularning membranalarini o'rganish jadal rivojlanmoqda.

Shuni ta'kidlash kerakki, qizil qon hujayralarining reologik xususiyatlarini o'rganish nafaqat ilmiy qiziqish, balki muhim tibbiy muammolarni hal qilishga ham yordam beradi. Qizil qon hujayralarining reologik xususiyatlarining o'zgarishi muhim patogenetik faktlardan biri ekanligi ko'rsatilgan-ko'plab jiddiy kasalliklarning shakllanishida dom.

Tadqiqotning maqsadi. Leykotsitlarning maymunlarda, donorlarda, miyelom kasalligi va eritremitiya bilan og'riqan bemorlarda o'tkir qon yo'qotishida qon reologiyasining ayrim parametrlariga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu tadqiqotning materiallari 50 namunalari, 41 sibs, 50 onalar va 50 otalaridan tashkil topgan namunalarning eritrotsitlar edi. Hammasi bo'lib 191 kishi tekshirildi. Namunalarning o'rtacha yoshi 18 yil, onalar-41 yil, otalar-45 yil, sibs -20,3 yil edi. Ko'ngillilarni tanlash Somatopatologiyadan tashqari Kursk mintaqaviy klinik shifoxonasi negizida chuqur tibbiy tekshiruvlar o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Leykotsitlarning qon reologiyasining ayrim ko'rsatkichlariga ta'siri aniqlandi: qizil qon hujayralarining lineer va katta agregatlari hosil bo'lish darajasi, ularning gidrodinamik quvvati va ularning eng kattasi kuchi, eritremitiya va miyeloma bo'lgan donorlardagi eritrotsitlar qattiqligi.

Eritrotsitlar qattiqqo'lligi, mononuklear deformatsiyalanishiga va achitqi gemolitik faolligini oshirish qizil qon hujayralari stromatolize ortishi bilan posthemorragik eritrodieroz kamaytirish - bu BCC 6-8% miqdorida maymunlarda o'tkir nodavlat ekstraditsiya qon yo'qotish qon eksfuziyonun keyin ikkinchi kuni qonning minimal o'zgarishlar bilan birga ekanligini ko'rsatdi.

Donorlar leykotsitlar tomonidan yo'q qilingan qonning mikroreologik xususiyatlarida o'zgarishlar yuz berdi: qizil qon hujayralarining deagregatsiyasi (agregatlarning gidrodinamik kuchini oshirish, ularning eng kattasi kuchi) va ularning deformatsiyasi.

Donorlardagi plazmaferez qon reologiyasining o'zgarishlariga olib keladi: qizil qon hujayralarining deformatsiyalanishining yomonlashuvi, chiziqli agregatlarning hosil bo'lish vaqtini uzaytirish va qizil qon hujayralari agregatlarining gidrodinamik kuchini kamaytirish; shuningdek, donorlar plazmaferez protsedurasidan so'ng butun va rekonstruksiya qilingan qonda farqlar mavjud (Reaskning kamayishi, ikki o'lchovli agregatlarning shakllanish

tezligini oshirish, eritrotsitlar agregatlarining gidrodinamik kuchini oshirish va ularning eng kattasi).

Miyelom kasalligi bo'lgan bemorlarda eritrotsitlarning chiziqli agregatlarini hosil qilish vaqti donorlarga qaraganda ancha past ekanligi aniqlandi; qizil qon hujayralarining deagregatsiya qilish jarayoni ham sezilarli darajada o'zgardi: eritrotsitlar agregatlarining gidrodinamik kuchi 41,3% va ularning eng kattasi - 17,2% ga oshdi; shuningdek, bu bemorlarda agregatsiya-deagregatsiya jarayonida leykotsitlarga bog'liq o'zgarishlar mavjud: eritrotsitlar lineer agregatlarining shakllanish tezligini tezlashtirish, agregatlarning gidrodinamik kuchini oshirish.

Xulosa. Eritremiyada eritrotsitlar deagregatsiyasining buzilishi bilan bog'liq qonning umumiy holatidagi o'zgarishlar kuzatildi: agregatlarning gidrodinamik kuchini oshirish-36,7%; qayta tiklangan qonda qizil qon hujayralarining deformatsiyasi kamayadi, qizil qon hujayralarining chiziqli agregatlari hosil bo'lish tezligi oshadi va ularning eng kattasi kuchini oshiradi.

Miyelom kasalligi bo'lgan bemorlarda leykotsitlarning funktsional faolligi donorlarga qaraganda ancha yuqori ekanligi aniqlandi; miyelom kasalligi bo'lgan bemorlarda prodigiosan bilan stimulyatsiya qilinganida leykotsitlarning hemilyuminitsent faolligi kamaydi.

MUTATION STATUS OF JAK2, CALR AND MPL GENES WITH PHENOTYPIC FEATURES OF ESSENTIAL THROMBOCYTEMIA

*Ahmedova H.Yu., Umurzaqova R.Z., Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X.,
Nishonova N.A.
Andijan State Medical Institute*

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

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

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

The results of the study. Mutation V617F of the JAK2 gene was detected in 130 (67.4%) people, mutations of the CALR gene — in 35 (18.1%) patients, in 1 (0.5%) case the mutation W515L of the MPL gene (MPL+) was detected. No driver mutations were found in 26 (13.5%) patients. They are classified as examined with the so-called triple negative status (TN+). The mutational status of the CALR gene consisted of like mutations p. L367fs*46 (deletion in 52 p. o.—type 1) and p. K385fs*47 (insertion in 5 p. o.—type 2). Mutations of types 1/like and 2/like were found in 18 (51.4%) and 17 (48.6%) patients, respectively.

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

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

INTERNAL INFLAMMATION SYNDROME.

*Akbarova G.X. Nazarova G.U.
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the topic. One of the most common complaints of family doctors today is inflammatory bowel syndrome - a disorder of the gastrointestinal tract, characterized by injury to its lower parts, the main symptoms - abdominal pain, constipation, diarrhea. Clinical signs of the disease almost always appear when the patient is awake and under stress or eating.

Materials and inspection methods. Research: Andijan city Multidisciplinary Central Polyclinic. Forty percent of the 87 patients examined complained of unbearable stabbing pain and diarrhea to the Family Physician in their area. The course of the disease is often accompanied by chronic intermittent diarrhea. The disease is most often observed with 70% constipation and abdominal pain 30%. The alternation of diarrhea and constipation, in particular, intestinal dysfunction, various degrees of abdominal pain, for example: pain is observed in the diffuse epigastric area, lower abdomen, sigmoid colon, associated with eating, stress and physical activity, pain occurs in the morning or afternoon, pain decreases after defecation or after bowel movements. Pain intensity is reduced or no pain at all during sleep and at bedtime. Disorders of diarrhea: constipation, diarrhea or their recurrence, mucus in the stool, lack of blood, feeling of incomplete emptying of the bowel, pain during sleep, no false urge to defecate. In patients with flatulence (ie abdominal relaxation), nonspecific symptoms: nausea, vomiting, jaundice (ie, heartburn), discomfort in the epigastric region after eating, headache, inadequate nervous - vegetative reactions and associated heart palpitations, fatigue, helplessness, insomnia, irritability, paresthesia, depression, restlessness are observed. Depending on the complaint, 40% of the patients were examined. In addition to treating the disease in the patients, a healthy lifestyle promotion was established and as a result, recovery was observed in 98% of the patients.

The result. The patient is prescribed a diet with the exception of products that cannot be tolerated, psycho-emotional effects on the patient, as well as drug treatment: sedatives, tranquilizers, antidepressants. Promoting a healthy lifestyle. Correction of intestinal dysfunction. Constipation syndrome - a diet rich in plant fiber (fruits and vegetables, seaweed, oats, grown wheat grains, whole meal bread), adequate fluid intake (at least 1.5 l per day). Promotion of physical activity among the population has been strengthened.

Conclusion.

1. It does not worsen until an inflammatory process or cancer develops.
2. In stressful situations, the disease may recur.
3. The recurrence of the disease increases with age.
4. Promoting a healthy lifestyle among the population. Only then will disease prevention be achieved.

THE EFFECT OF ANEMIA ON THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Akhunbaev O.A.

Ferghana Medical Institute of Public Health

Introduction. Anemia, defined according to the recommendations of the World Health Organization as a decrease in hemoglobin levels <130 g/l in men and 120 g/l in women, is an independent risk factor for cardiovascular diseases. A decrease in hemoglobin levels by 10 g/l increases the risk of mortality from coronary pathology.

The paper describes the main pathophysiological mechanisms of the relationship between anemia and diseases of the cardiovascular system, summarizes the results of relatively recent studies in this area, and examines their significance in clinical practice.

The purpose of the study. To study the frequency and nature of anemia in patients with systolic CVD, its effect on clinical and hemodynamic parameters.

Materials and methods of research. To fulfill our task, we selected 55 patients with anemia and with a history of pathology of the cardiovascular system.

The results of the study. The incidence of anemia diagnosed according to WHO criteria in patients with systolic CHF II-IV FC according to NYHA is 28.8% . Iron deficiency anemia was detected in the majority of patients (46.1%), anemia of chronic diseases occupies the second place in frequency (36.5%), vitamin B12 deficiency (7.9%) and folate deficiency (9.5%) anemia are less common.

The incidence of anemia increases with an increase in the functional class of CHF (33% in patients with NYHA III and IV compared with 15% in NYHA II). The severity of anemia is directly proportional to the duration of CHF, the level of NT-proBNP, but does not depend on LV LV. The presence of anemia is associated with significantly higher LVH and systolic-diastolic dysfunction of the LV myocardium. The presence of anemia was directly correlated with an increased level of hf CRP, the presence of proteinuria and lower values of GFR and cholesterol.

Cardiorenal anemia syndrome was detected in 20.7% of patients with systolic CHF, who were characterized by a combination of lower hemoglobin and GFR values with higher levels of NT-proBNP and inflammatory markers (hf CRP, IL-1 and TNF-a) compared with patients without renal pathology.

Correction of absolute iron deficiency in patients with cardiorenal anemia syndrome with intravenous iron preparations (sucrate and iron carboxymaltose) leads to a significant decrease in CHF FC, improved quality of life and increased load tolerance according to the results of a six-minute walking test. In all patients, the level of Hb, Ht, and erythrocytes normalized and the values of hf CRP decreased ($p < 0.001$). The use of intravenous iron preparations in this group of patients is safe and well tolerated.

The introduction of statins, ivabradine and inotropic drugs (dopamine, levosimendan, ularitid) into the basic therapy of systolic CHF does not affect the hemoglobin level and does not worsen the functional state of the kidneys.

Conclusion. IDA occurs in 46.1% of CHF cases and is easily diagnosed by the level of hemoglobin and by such indicators of iron metabolism as serum iron, ferritin, transferrin and transferrin saturation with iron.

Treatment with iron preparations for anemia and iron deficiency leads to an improvement in clinical and laboratory parameters in CHF, including in patients with renal dysfunction. The administration of intravenous iron preparations in this category of patients is safe and well tolerated.

THE MAIN APPLICATIONS OF CHITOSAN AND MATERIALS BASED ON
IT

Artikova S.G.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Currently, worldwide interest in chitin and its derivative - chitosan is not weakening. Being a polymer of natural origin, chitosan has high biological activity and biodegradability, so it does not pollute the environment. Chitosan belongs to the 4th class of toxicity and is considered safe. It was determined that for chitosan LD50 = 16 g/ kg of mouse weight (for comparison: sugar LD50 = 12 g/kg).

About 200 years ago, chitin and chitosan attracted the attention of scientists. Thus, chitin was discovered in 1811 (H. Braconnot and A. Odier), chitosan was isolated in 1859 (C. Rouget), and received its name in 1894 (F. Hoppe-Seyler). The names of three Nobel laureates are associated with chitin and chitosan: E. Fisher (1903) synthesized glucosamine, P. Karrer (1929) degraded chitin using chitinases, W. Haworth (1939) established the configuration of glucosamine.

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.

Materials and methods of research. We are conducting research related to the development of biological products based on chitosan and *Bacillus mucilaginosus* bacteria to protect plants from diseases. To fulfill our task, we selected 64 patients with atherosclerosis in 2020-2022 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 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.

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- γ (°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.

Conclusion. Thus, chitosan is a universal sorbent capable of binding a wide range of substances of organic and inorganic nature, which determines the widest possibilities of its application. The most promising areas of chitosan use include medicine, the cosmetic industry, agriculture, and the food industry.

FEATURES OF THE DYNAMICS OF METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA ON THE BACKGROUND PHARMACOTHERAPY

Artikova S.G.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Coronary heart disease (CHD) occupies a leading place in the structure of overall morbidity and mortality, being one of the main causes of permanent or prolonged disability.

Along with cardiovascular pathology, diabetes mellitus (DM) is also a serious medical and social problem, which is due to its high prevalence, the continuing trend towards an increase in morbidity, the chronic course that determines the cumulative nature of the disease, the high disability of patients of working age and the need to create a system of specialized care.

The purpose of the study. To study the dynamics of metabolic disorders in patients with unstable angina.

Materials and methods of research. We conducted a study of the effect of this course of treatment in 35 examined patients on the morpho-functional parameters of the left ventricle (LV) of the heart.

The results of the study. The analysis of the therapeutic effectiveness of the proposed combination therapy showed that there is a distinct therapeutic effect in terms of reducing the degree of myocardial remodeling, normalization of atherogenic lipid profile disorders, as well as neutralization of metabolic disorders.

Thus, in the studied group of patients, there was a decrease in the final diastolic volume (BWF) of the LV by 8.9%, the final systolic volume (CSR) - by 20.43%, which led to an increase in the ejection fraction (EF) by 8.7% (Table 1). At the same time, the LV size decreased by 8.04%, the thickness of the posterior wall (TSS) of the LV by 9.7%, the LV VTS - by 17.14%, there was a tendency to decrease the thickness of the interventricular septum (TMJ), which led to a decrease in the LV myocardial mass index (IMM) by 11.2%.

In the preliminary analysis, the output anthropometric (body weight, body mass index, waist and hip volume) and hemodynamic (systolic and diastolic blood pressure, heart rate, pulse) data in the group before and after treatment did not significantly differ ($P > 0.05$). Based on this, it can be argued that the effect of the studied method of drug therapy was realized against an identical background.

Conclusion. The examination data of patients before and after treatment indicate a positive effect of drug therapy on lipocytokine indicators.

Thus, the pharmacodynamic effects of complex treatment are manifested mainly in the restoration of LV contractile function, namely, in a decrease in CSR and BWF, as well as an increase in LV LV.

PREVENTION OF ANEMIA WITH BARBERRY

Askarov I.R.¹, Razakov N.A.²

Andijan State University. Andijan State Medical Institute

According to the World Health Organization, 25% of the world population now suffers from anemia. This condition is more common in children, also in women and pregnant women. In addition to the proper organization of nutrition for the prevention of the disease, the use of natural medicinal plants has given effective results.

Food additions based on locally grown medicinal plants are cheaper than synthetic drugs and have no side effects. In this case, we have selected a barberry plant that grows in the climate of Uzbekistan.

Because the chemical composition of this plant is rich in biologically active substances, it is suitable for the prevention of anemia.

In infectious diseases, there is a hypothesis that plant extracts of an immunostimulating (adptogenic) nature affect the most important enzymatic system in the human body, activating the energy supply of the body's defense reaction by accelerating the processes of enzyme biosynthesis. This hypothesis has now been proven in vivo.

Experimental selection: 10 kg of dried barberry is taken and placed in a vacuum extractor poured from a 70% solution of ethanol – water in a ratio of 1: 20 and extracted at 60°C for 12 hours. The resulting extract was concentrated under vacuum conditions by heating at low temperature for 2 hours and the concentrate was removed for further use.

All parts of the plant contain alkaloids, and the main part of the sum of isolated alkaloids is berberine. Its alkaloid-rich organs, roots and bark are

The ascorbic acid in barberry, as shown in the table above, cannot be produced by the body on its own, but must be absorbed by the outside world. It has strong antioxidant properties. It neutralizes foreign microorganisms that enter the body, ie viruses, bacteria, parasites, and stimulates the motile cells of our immune system called macrophages. As a result, the activity of immune cells (macrophages) increases. Macrophages contain iodine microorganisms and then neutralize them, in general, in this way the immune system performs its function.

This means that proteins are needed for the immune system to function properly, and coenzymes (process accelerators) must be formed for protein biosynthesis to take place, and some types of coenzymes are synthesized by the body from vitamins in medicinal plants such as barberry.

Based on these scientific principles in cooperation with „Sino Farm Med Group``.MCHS, we are developing a medicinal food compound based on barberry and briar called „VITON`` and „CALMAVIT``. At present this product is sold in pharmacies of our country.

The company employs about 50 people.

PREVENTIVE MEASURES IN CASE OF REPEATED SUICIDAL ACTIONS OF PATIENTS WITH INCOMPLETE SUICIDES

Askarova K.I., Agranovsky M.L., Kozimzhonova I.F., Muminov R.K.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, for most states, suicide continues to be one of the most acute medical and social problems. According to modern ideas, the genesis of suicidal behavior involves a combination of various factors - biological, personal-psychological, socio-ecological, ethno-cultural, stressful, psychopathological, which allows us to consider suicidology an interdisciplinary field of knowledge

The purpose of the study. The purpose of this study is to study the patterns of formation and dynamics of suicidal behavior caused by mental disorders, to analyze the features of suicidal care and to develop effective therapeutic and preventive and psychosocial measures to prevent suicide.

Materials and methods of research. 150-200 patients aged 18 to 50 years will be examined (100-150 main group, 50 control group (healthy people - volunteers, workers, employees, students)).

To solve the tasks set, persons who were in the toxicological, neuro-resuscitation and burn departments of the Andijan branch of RCEM after a suicide attempt will be examined, as well as according to archival data of forensic medical examinations.

The results of the study. The study of the features of the pre-suicidal period in persons suffering from mental disorders showed:

The pre-suicide period was predominantly affectively intense (90.2%) and was more common in patients with neurotic and personality disorders, organic brain damage. An affectively reduced variant of the pre-suicidal state (9.8%) was registered in suicides with endogenous mental pathology.

The revealed predominance of the chronic pre-suicidal period (58.4%>) versus the acute (38.5%) and subacute (3.1%) course indicates insufficient prevention of suicidal behavior, especially since 34.3% of suicidants sought help from a psychiatrist during the year preceding the joint venture.

In the pre-suicidal period, all suicides had anti-life experiences, a conscious desire to commit a joint venture and loss of the role of anti-suicidal factors.

Unlike the GSP group, the STS group was dominated by the following: unwillingness to live (40.6% vs. 10.5%>), failure to take measures to preserve life (47.8% and 15.8%), expressed desire to commit a joint venture (92.1% and 59.6%), persistent desire to die (36.3% and 19.3%), suicidal thoughts (53.6% and 19.3%), the desire to put an end to their suffering (53.6% and 15.8%).

In the GSP group, the outcome of suicidal actions was more often not predicted (11.2% vs. 47.8%) in the STS group), control over suicidal thoughts was maintained (40.4% and 72.5%), avoidance and manipulation prevailed (78.9% and 46.4%), the perception of circumstances was marked by deterrence from IP (15.9% and 84.1%).

The study of the features of suicidal attempts makes it possible to assess the severity of the suicidal act, the degree of suicidal risk and predict the dynamics of the course of suicidal behavior.

Self-mutilation (39.1%), characteristic of men, and self-poisoning (33.4%), characteristic of women prevailed among the methods of joint venture. Self-suppression (19.9%), falling from a height (5.1%), self-drowning (1.9%) were less common.

Self-poisoning was more common in 26-30 years (23.6%), self-hanging - in 31-35 years (23.8%), self-harm - in 16-20 years (17.7%) and 21-25 years (25.7%), falling from a height - in 56-60 (38.9%) and 16-20 years (27.8%), suicide in equal proportions presented at the age of 16-20 and 56-60 years.

In patients with organic brain damage and personality disorders, self-harm prevailed (81.8 and 47.3%), in affective and neurotic disorders - self-poisoning (44.4 and 43.1%, respectively). In schizophrenia, the entire spectrum of the studied methods of IP was revealed, with a predominance of self-harm (25.0%) and self-poisoning (21.7%).

Self-harm prevailed in the GSP group (47.3%). Self-poisoning (24.6%) and self-suppression (21.1%) were twice as rare. In the STS group, self-poisoning (43.3%) and self-harm (30.0%), often penetrating and of a gunshot nature (9.7%) prevailed. With self-suppression (18.7%), most patients required resuscitation.

With a low suicidal risk, it is preferable to prescribe atypical neuroleptics, selective antidepressants with a moderate thymoanaleptic effect, a minimum number of side effects of the drug that do not require dose titration, without pronounced sedative and anxiolytic effects.

70% of suicides need preventive psychopharmacotherapy (prescribing antidepressants and normotimics). With a high degree of suicidal risk, the duration of therapy should be from 6-8 months to a year or more, with a low suicidal risk - from 3-4 weeks to 6-8 months.

Conclusion. The data obtained proved the importance of taking into account the complex of anamnestic information, social conditions, personal characteristics, which allows, along with clinical features, to determine the risk of suicidal behavior in people suffering from mental disorders.

The revealed patterns of formation, dynamics and structure of the post-suicidal period formed the basis for determining the therapeutic and social prognosis.

The proposed approaches to the organization of suicidal care contribute to the optimization of therapeutic, preventive and rehabilitation measures.

ZANJABIL VA UNING SHIFOBAXSH XUSUSIYATLARI

Asqarov I.R¹, O'rmonov A.A²

Andijon davlat Universiteti¹, Andijon davlat tibbiyot instituti²

Insonlarda uchreydidigan qasalliklar juda xilma xil, ularni davolashda hozirgi kunda tibbiyotda sintetik dori darmonlardan foydalanishga ko'proq etibor berishadi. Ammo bu sintetik dorilar inson organizimining qasallangan organlaridan boshqa organlariga xam ta'sir etadi. Gap shundaki sintetik dorilarning ta'sir tez bo'lishi mumkin, og'riqni tez qoldirishi mumkin lekin bu dorilarning ayniqsa filtr organlarga beradigan asorati bemor uchun katta muammolar tug'dirishi mumkin. Tabiiy o'simliklardan olinadigan damlamalar va surtmalar ta'siri bir muncha sekin bo'lsa xam asorati kam bo'ladi. Albatta meyor saqlangan va shifokorlar bilan maslaxat qilgan xolda foydalanilsa. Shunday dorivor o'simliklardan biri dorivor zanjabilidir.

Buyuk hakim Abu Ali ibn Sino "Tib qonunlari" asarida ko'plab xastaliklarni davolashda qo'llanadigan malhamlarni tayyorlashda ular tarkibiga zanjabil qo'shish lozim, deb yozgan. Zanjabilsimonlar oilasiga mansub bu ko'p yillik o'simlikning vatani Janubiy Osiyo bo'lib, hozir Xitoy va Hindiston, Indoneziya va Avstraliya, G'arbiy Afrika, shuningdek, Yamayka va Barbados orollaridagi tropik va subtropik hududlarda o'stiriladi. Zanjabil ilmiy tilda *singabera* deb atalib, sanskritchada "shoxli ildiz" degan ma'noni anglatadi va "universal dori vositasi" sifatida keng qo'llanadi.

Zanjabil Yevropaga o'rta asrlarda savdogarlar tomonidan olib kelingan hamda undan ziravor va dori-darmon sifatida foydalanilgan. Xususan, o'latning oldini olishda asosiy dori vositasi hisoblangan. Zanjabilning quruq ildizi dorivor bo'lib, tarkibida 1,5 dan 3 foizgacha efir yog'lari, 70 foizgacha organik birikmalar, shuningdek, kamfen, tsineol, bisabolen, borneol, tsitral, linalool moddalari, S, V1, V2 darmondorilari, aminokislotalar mavjud. Ko'pincha tuyilgan holda ishlatiladigan zanjabil ildizi qo'ng'irsimon-sariq unga o'xshaydi. U kvas va asalga qo'shiladi, kulchalar, qandolat mahsulotlari tayyorlashda ham foydalaniladi. Osiyo mamlakatlarida ziravorlarga va ayrim choy navlariga qo'shiladi, go'shtni shamollatishda sepiladi.

Marinadlangan zanjabil ildizi taomlar ta'mini yaxshilaydi. Shuningdek, alohida taom sifatida ham iste'mol qilinadi. Janubi-sharqiy Osiyo mamlakatlarida yangi zanjabilidan murabbo tayyorlashadi. Xitoy, Hindixitoy, Birma va Angliyada zanjabil murabbosiga apelsin po'sti qo'shilsa, Hindistonda turli un navlariga aralashtiriladi. Angliya, Avstraliya va AQShda undan pivo, spirtsiz salqin ichimliklar tayyorlanadi. Yevropa va Amerikada zanjabil go'shtli - taomlarga qayla o'rnida hamda sabzavot va mevalarni marinadlashda ishlatiladi. Go'sht dimlanganda go'sht xushbo'y bo'ladi va mayinligini saqlaydi.

Zanjabil oftobda quritiladi. Tozalanmagan qoramtir zanjabilning hidi va ta'mi o'tkir bo'ladi. Ko'pincha u quritib tuyilgan holda taomlarga qo'shiladi. Xamirga qorilganda yoki qorib bo'lingach qo'shiladi. Go'shtni dimlaganda taom tayyor bo'lishidan 20, sharbat, kisel,

pudinglarga 2-5 daqiqa avval, sous-qaylarga esa olovdan olingandan so'ng qo'shiladi. Bir kilogramm xamir yoki bir kilogramm go'shtga bir gramm zanjabil solish kifoya.

Zanjabil ildizi dorixonalarga tozalangan va yarim tozalangan holda chiqariladi. U og'iz bo'shlig'i va tomoq yallig'langanda yaxshi muolaja bo'ladi. Damlamasi va kukuni dengiz kasalligiga, oshqozon yarasiga davodir. Ishtahani ochadi, taomlar hazmini yaxshilaydi. Aterosklerozda, yog'lar va xolesterin almashinuvi buzilganda, qon tomirlar holatini me'yorga soladi. Zanjabil ildizi sharbati asosida tayyorlangan murabbolar ham shu maqsadda qo'l keladi. "Zanjabilli choy" asal va limon bilan birga shamollash xastaliklarida tez-tez qo'llanadi. Bosh og'rig'ida, yelkada og'riqlar paydo bo'lganda, surunkali bod xastaligida undan kompress qilinadi.

BA'ZI KASALLIKLARDA PROPOLIS DAMLAMASINI QO'LLASH

Asqarov I.R.¹, O'rmonov A.A.²

Andijon davlat Universiteti¹, Andijon davlat tibbiyot instituti²

Asalarilarning hayotiy faoliyati jarayonida olingan mahsulotlar orasida propolis ayniqsa ahamiyatlidir. Bu shifobaxsh modda asaldan kam bo'lmagan noyob maxsulot. Kosmetologiya va tibbiyotda bu ajralmas va qimmatbaho vositadir, ammo foydali bo'lishi uchun nega va qanday qo'llanilishini bilish kerak.

Bahor-yoz davrida asalarilar kasalliklardan himoya qilish uchun propolis qiladi. Ular terak, so'rishnichi va shunga o'xshash daraxt va boshqa o'simliklardan tar to'playdi. Olingan yopishqoq modda yuqori jag'dagi bezlar sekretsiyasi orqali qayta ishlanadi. Shunday qilib, propolis chiqadi. Vaqt tugagach, asalarilar uni uyada, tuynuklarda tozalash, kirish yilini qisqartirish va boshqa maqsadlarda ishlatishadi. Propolis zararli bakteriya va devorlarda xavfli hasharotlar va uyaning yoriqlarini to'kis tiklaydi. Propolis uyani dezinfektsiya qilish juda muhimdir. Bu 50000 asalarilar yashaydigan va ichkariga kirib chiqadigan uyada infeksiyalar tarqalishining oldini oladi.

Propolis bu asalarilarning immunitet tizimiga juda ko'p foyda keltiradi va asalarilar ushbu moddani umuman isrof qilmaydilar.

Qizig'i shundaki, past haroratlarda propolis qattiqlashadi va cho'kadi va yuqori haroratlarda yumshatadi va yopishqoq bo'ladi. Asal qoliplarini tayyorlash uchun materiallar miqdoriga qarab propolis juda qalin yoki yumshoq bo'lishi mumkin va tarkibidagi efir moylari miqdori ta'mi va aromaga ta'sir ko'rsatadi. Aksariyat hollarda kasalliklarni davolash uchun spirtli propolis damlamasi ishlab chiqariladi. Bunday damlamani yaratish uchun siz propolisni sotib olishingiz kerak (uni do'konga sotib olishingiz mumkin) va 20 grammni muzlatib qo'ying. U cho'kib keta boshlagan nuqtaga qaytsa, u kichik bo'laklarni tayyorlash uchun qoziq ustiga ishqalanadi. Endi siz 200 ml spirt (70%) qo'shib, propolis butunlay tarqalganicha suvli hammomni qizdiring. Qurib bo'lingandan so'ng, aralash suziladi va sovutiladi. Yurak, qon tomirlari, o'pka, bronx, asab tizimi, oshqozon, ichak, bo'g'inlar, damlamani davolash uchun og'iz orqali qabul qilinadi, lekin siz uni sut, choy yoki suv bilan aralashtirishingiz kerak. Bir stakan suv faqat damlamadan 80 tomchi olinadi.

Davolash har doim tananing javobini tekshirish bilan boshlanadi. Kichik miqdorda yumshatilgan propolis yoki damlamani teri ostiga yoki bilakka yaqinlashganda teriga oddiygina qo'llaniladi. Agar 15 daqiqadan so'ng qizarish, qichishish va shunga o'xshash reaksiyalar bo'lmasa, unda siz uni ichishga harakat qilishingiz mumkin. 1 tomchi bilan boshlang va dozani asta-sekin oshiring. Agar allergiya yuzaga kelsa, propolisni davolash darhol to'xtaydi!

Spirtni ichimliklar olish taqiqlangan bo'lsa, suvda propolisning damlamasini yaratishingiz mumkin. 20 g propolis muzlatilgan va eziladi, shuning uchun suv qo'shing. Propolisning 1 qismi uchun 2 qism suv olish kerak. Suv hammomida aralash 80 gradusgacha isitiladi. Kuyish kerak emasligi uchun doimiy ravishda aralashib ketish kerak. Infuziya

tayyorlangandan keyin qorong'i joyda 8 soat davomida salqin qolishi kerak. Faqat suyuqlikni chayqatish va banklarga quyish qoladi. Spirtli ichimliklar infuzioni 2 yilgacha saqlanishi mumkin bo'lsa, u holda suvga infuziya maksimal 2 hafta davomida qo'llaniladi. Keyin foydasiz bo'ladi. Ushbu infuzion ko'pincha turli kasalliklarni davolash uchun bolalarga va homilador ayollarga buyuriladi. Lekin uni qanday qabul qilish kerak, doza sizning shifokoringiz bilan muhokama qilish uchun har doim muhim!

KECHKI YOSHDAGI DEMANSIYA: TASHHIS VA DAVOLASHDA YANGI YONDASHUVLAR

*Asqarova K.I., Agranovskiy M.L., Mo‘minov R.K., Saliyev M.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarblik. Zamonaviy ijtimoiy-demografik jarayonlar turli mamlakatlar aholisida keksalar va qariyalar ulushining ortishi bilan tavsiflanadi. Mahalliy va xorijiy tadqiqotchilarning natijalari katta yoshdagi odamlar orasida og'ir kognitiv buzilishlarning yuqori tarqalishini ko'rsatadi.

Dementsiyaning tibbiy, ijtimoiy, psixologik ahamiyati avtonomiyaning sezilarli darajada pasayishi va bemorlarning faoliyatidagi etishmovchilik, ularning yaqin atrof-muhitini ruhiy azob-uqubat muammolariga jalb qilish bilan bog'liq.

Dementsiya bo'yicha biologik yo'naltirilgan tadqiqotlardagi yutuqlar demansdagi kognitiv buzilishning shakllanishi va zo'ravonligini tushuntiradi. Demansning fakultativ (kognitiv bo'lmagan) buzilishlarining tarqalishi, tuzilishi va shakllanish mexanizmlari etarlicha o'rganilmagan, ularga yondashuvlar bir ma'noli emas, ba'zan esa qarama-qarshidir. Affektiv, xulq-atvor, psixotik buzilishlarning shakllanishi bir qator mualliflar tomonidan markaziy asab tizimining kasallik jarayonining organik shikastlanishi natijasi sifatida ko'rib chiqiladi, bu atrof-muhit, shaxsiy omillar, buzilgan shaxslararo munosabatlarning ixtiyoriy shakllanishiga qo'shgan hissasini ko'rsatadi. demans belgilari.

Tadqiqot maqsadi. Maqsad - biologik ko'rsatkichlar asosida kech yoshdagi demensiyani tashxislash va davolashda yangi yondashuvlarni ishlab chiqish.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga Altsgeymer kasalligi (AD) bilan og'rigan 109 bemor, aralash Altsgeymer tomir demensiyasi (VASD) bo'lgan 63 bemor, qon tomir demensiyasi (VSD) bo'lgan 24 bemor, frontotemporal demans (FTD) bo'lgan 23 bemor va kognitiv zaiflashuvi bo'lgan 95 bemor ishtirok etdi. ISS) amnestik turi. Nazorat guruhi bir xil jins va yoshdagi 44 nafar sog'lom odamdan iborat edi. Qon plazmasida leykotsit elastazasi (LE), a1-proteinaz inhibitori (a1-PI) ning funktsional faolligi, interleykin-6 (IL-6) va CRP kontsentratsiyasi aniqlandi.

Tadqiqot natijalari. FTD va ISS bilan kasallangan bemorlar guruhlari LE faolligi jihatidan heterojen edi. FTD va ISS bilan og'rigan bemorlarning 26 foizida LE faolligining pasayishi kuzatildi, bu a1-PI faolligining oshishi bilan birga BA bilan kasallangan bemorlarga xosdir. Bemorlarning 74% endogen psixoz bilan og'rigan bemorlarga xos bo'lgan fenotipga tegishli bo'lib, ularda plazmadagi LE faolligining yuqori yoki normal darajasi ustunlik qiladi.

Olingan ma'lumotlar kech yoshdagi demanslarning rivojlanishida tizimli yallig'lanish reaksiyalarining ishtirokini tasdiqlaydi. Shu bilan birga, turli xil yallig'lanish reaksiyalari kaskadlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan turli xil demans turlarida yallig'lanish belgilarining spektrida farqlar aniqlandi.

Xulosa. Yallig'lanish belgilarining spektrlaridagi aniqlangan farqlar bemorlarni klinik ko'rikdan o'tkazishni to'ldiradigan differentsial diagnostika uchun laboratoriya testlarini ishlab chiqish, shuningdek, demansning turli shakllarini rivojlanishi uchun yuqori xavfli guruhlarni aniqlash uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin.

PREVENTION OF DENTAL CARIES AND PERIODONTAL DISEASES

Atakhonov A.A.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Currently, a special caries prevention program has been developed in our country, which provides for health education, training in proper hygienic oral care, professional hygiene procedures of local and general orientation. It is necessary to begin education in a motivated need for careful and competent oral care from early childhood.

At the same time, at any age, it is never too late to teach a patient to brush his teeth if, for a number of reasons, his hygiene skills are far from perfect. In this case, the main motivating factor may be the high costs of dental treatment compared to the costs of preventive procedures and high-quality oral hygiene products.

The purpose of the study. The purpose of our review is to study the relationship between oral hygiene and human health.

Methods. Prevention of caries requires an integrated approach, which is carried out in two main directions: the elimination of existing caries in the oral cavity and increasing the resistance of tooth tissues.

The main means of preventing and controlling oral cavity problems associated with plaque formation, including dental caries, is thorough mechanical removal of plaque from all dental surfaces.

Many years of research have shown that fluorides are, without a doubt, very successful means of preventing caries; the sharp decrease in the prevalence and severity of caries observed over the past few decades was due to the widespread use of fluoride.

The results of the study. As it turned out as a result of a survey study, the population does not attach much importance to oral hygiene, and this is an important component of human health. Many people, even if they observe oral hygiene, make mistakes that entail adverse consequences.

The main tasks of prevention are to eliminate the causes and conditions of the occurrence and development of diseases, as well as to increase the body's resistance to the effects of adverse environmental factors. The main goal of individual prevention of dental diseases is to improve the health of the population, through awareness of the role and importance of hygienic procedures, increasing the level of dental knowledge, developing motivation to preserve dental health.

One of the main tasks of individual prevention of dental diseases is not the promotion of well-known generally accepted measures, without restrictions and additional recommendations, for all populations of the country as a whole, but the improvement of the population of the country, through the improvement of the prevention system by individualizing preventive measures for each individual

Conclusion. The urgency of the problem of the hygienic condition of the oral cavity leading to the development of caries is proved. The causes of caries are insufficient oral hygiene, excessive consumption of carbohydrates, unbalanced nutrition, insufficient awareness of the population on oral care, etc.

A common disease, caries can be prevented by conventional prevention. Prevention of caries includes many methods, the list of which is being updated. Thus, progress does not stand still and affects all spheres, the sphere of medicine in particular. Over time, new methods of treatment and prevention appear. Caries, being over time and the movement of progress.

**OG‘IZ BO‘SHLIG‘I SHILLIQ QAVATINING LEYKOPLAKIYASINING TURLI
SHAKLLARINI DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGI.**

*Ataxanov A.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Tadqiqotning dolzarbligi. Ko'pgina tadqiqotchilar leykoplakiyani saratondan oldingi holat deb hisoblashadi, uni davolash murakkab va hal qilinmagan muammo bo'lib qolmoqda. Bemorlar soni har yili ortib bormoqda va davolanish natijasini qoniqarli deb bo'lmaydi. Uzoq muddatli konservativ davo ko'pincha bemorlarning to'liq tiklanishiga kafolat bermaydi va og'iz bo'shlig'ining anatomik tuzilishining murakkabligi va patologik jarayonning tarqalishi tufayli qo'llaniladigan jarrohlik usullari har doim ham mumkin emas.

Tadqiqot maqsadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining leykoplakiyasining turli shakllarini davolash usullarining samaradorligini aniqlash.

Tadqiqot ob'ekti, hajmi va usullari. Ushbu patologiyani davolash uchun 2015 yildan 2018 yilgacha konservativ va fizik davolash usullaridan foydalandik. Qoidaga ko'ra, davolash bir necha bosqichda olib borildi. Bizning nazoratimizda 107 nafar bemor bor edi

Birinchi guruh davolashning birinchi bosqichida konservativ terapiya o'tkazgan 61 nafar bemordan iborat edi. Ikkinchi guruhga lazerli destruksiya qilingan 21 bemor kirdi. Uchinchi guruh 25 kishidan iborat edi. Ular kriodestruksiyadan o'tdilar.

Natijalar. Birinchi guruhda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining leykoplakiyasining konservativ terapiyasidan so'ng 26 holatda 100% regressiya qayd etildi, bu 42,6% ni tashkil etdi. 28 ta holatda (45,9%) regressiya darajasi 50% dan oshmagan, qolgan 7 ta holatda (11,4%) davolash samarasiz bo'lgan. Konservativ terapiyaning profilaktik kurslari o'tkazilgan. Uchinchi guruhda kriyojenik davolashdan so'ng 41 bemorda (89,1%) ikki yil davomida kasallikning qaytalanishi belgilari yo'q edi.

Xulosalar. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining leykoplakiyasining turli shakllari bilan og'rig'an 107 nafar bemorni davolash tahlilini yakunlar ekan, shuni ta'kidlash kerakki, 96 holatda (89,7%) barqaror davolanishga erishildi. Shu bilan birga, konservativ terapiyadan so'ng bemorlarda 18 ta holatda (29,5%), lazerni yo'q qilish - 37 (92,5%) va kriodestruksiya - 41 (89,1%).

O'SMIRLARDA KARIYES O'SISH DINAMIKASINI O'RGANISH.

*Ataxanov A.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Tadqiqotning dolzarbligi. Voyaga etgan bemorlarning molarlari va premolyar tishlarining yon yuzalarida lokalizatsiya qilingan karioz kasalliklarni samarali davolash zamonaviy amaliy stomatologiyaning dolzarb muammosidir. Ushbu muammoning eng muhim jihati dentoalveolyar tizimning anatomik va funktsional birligi sifatida interdental bo'shliqning anatomik shakli va funktsional qiymatini tiklashdir. Shu bilan birga, chaynash tishlarining kontakt yuzalarining yashirin karioz kovaklarini tashxislash uchun ko'plab usullar ishlab chiqilganiga qaramay, ularning ma'lumotlar mazmuni va mavjudligi ushbu muammoni hal qilingan deb hisoblashimizga imkon bermaydi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi: endogen biologik faol moddalarni o'z ichiga olgan holda, o'smirlarda stomatologik kasalliklarning kompleks profilaktikasi samaradorligini oshirish.

Materiallarni o'rganish usullari. Qo'yilgan vazifalarni amalga oshirish uchun tekshiruvdan o'tgan 12 yoshli 62 nafar o'smirlarning tibbiy hujjatlari o'rganildi. Bundan tashqari asaka tumanidagi maktab o'quvchilari o'rtasida o'tkazilayotgan an'anaviy stomatologik profilaktika tadbirlarining samaradorligini baholash.

Natijalar va muhokamalar. Buning uchun biz 2006 yilda tug'ilgan 12 yoshli bolalarda tish kariesining intensivligini o'rgandik.

O'g'il bolalar va qizlardagi kariyesning o'sish dinamikasi 2018 yilda sezilarli farq bo'lsa ham, statistik jihatdan farq qilmadi: mos ravishda $0,3 \pm 0,1$ va $0,5 \pm 0,1$ ($t=1,6$, $p>0,05$). 2006 yilda tug'ilgan 12 yoshli bolalarda KPU indeksi bo'yicha kariyesning intensivligi $2,6 \pm 0,3$ ni tashkil etdi.

Tibbiy ma'lumotlarning retrospektiv tahlili va 2006 yilda tug'ilgan 12 yoshli bolalarning so'rovi asosida an'anaviy profilaktika choralari bilan tish kariyesining o'sishi yiliga o'rtacha 0,5 dan kamaymasligi aniqlandi. , ya'ni har ikkinchi bolada har yili kariyesdan ta'sirlangan bitta tish bor.

Xulosa: Oziq-ovqat bilan sinbiotik olgan bolalarda Bifidobacterium bifidum o'z ichiga olgan stomatologik profilaktika choralari fonida og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatining immuniteti ko'rsatkichlari oshadi, gigiena ko'rsatkichlari pasayadi, periodontal to'qimalarda yallig'lanish belgilari kamayadi, o'tkir respiratorli kasalliklarning chastotasi kamayishi bilan bolalarning umumiy salomatligi darajasi ortadi. Yil davomida infeksiyalar 1,3 marta ko'paydi.

CHO'QQILILI PERIODONTITLARNI KOMPLEKS DAVOLASHDA YALLIG'LANISHGA QARSHI VA ANTIANTIBAKTERIAL TERAPIYA

Ataxonov A. A.

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. "Periodontit" tashxisi qo'yilgan bemorlarning soni 30% ga teng bo'lib, bu kasallikni eng keng tarqalganlardan biriga bog'lash imkonini beradi. Infeksion va intoksikatsiyaning mavjud pericho'qqili markazi butun organizm uchun potentsial xavf hisoblanadi [4]. Bu maxillofasiyal hududning odontogen yallig'lanish kasalliklarini rivojlanishiga va tishlarni olib tashlashga, shuningdek, bemorning tanasini sezgir qilishga, immunitetdagi sezilarli o'zgarishlarga olib kelishi, turli xil somatik kasalliklarning rivojlanishiga hissa qo'shishi va murakkablashishiga olib kelishi mumkin.

O'rtacha 85% hollarda periodontit konservativ tarzda davolanadi, ammo bu foiz o'zgarishi mumkin, bu kasallikning shakliga, davolash usullariga va boshqa omillarga bog'liq. Periapik to'qimalarda halokat o'choqlarini qayta tiklashning uzoq jarayoni surunkali periodontitlarni davolashda qiyinchiliklarga olib keladi. Endodontik davolanish tugaganidan keyin faqat 6-12 oy yoki undan ko'p vaqt o'tgach, uning natijalari baholanishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi. O'tkir va o'tkir cho'qqili periodontitlarning antibiotiklarni davolash samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Bu ish "cho'qqili periodontit" tashxisi qo'yilgan 62 tishlarini davolagan 32-30 yoshida 18 bemorlarining (45 erkak va 78 ayollar) tish tekshiruvining natijalariga asoslangan. O'tkir seroz va o'tkir yiringli periodontit bilan 9 tishlari, o'tkir surunkali granullash periodontit - 38 tishlari va surunkali granulomatoz periodontit-22 tishi bo'lgan.

Tadqiqot natijalari. Xususiy va shahar sog'liqni saqlash muassasalarida o'tkir cho'qqili periodontitlarga qarshi antibakterial vositalar yordamida davolangan ambulatoriya bemorlarining xaritalarini tahlil qilish natijasida 98,7% hollarda penitsillin (amoksitsillin), fluorokinolonlar (ofloksatsin, pefloksatsin, siprofloksatsin), lincosamides(klindamisin), makrolidlar (roxitromitsin), azalidlar (azitromitsin)) va sulfanilamid preparatlari (ko-trimoksazol). 95,6% hollarda o'tkir periodontitlarning ambulatoriya sharoitida davolash uchun penitsillin (amoksitsillin), ftorquinolonlar (siprofloksatsin, ofloksatsin, pefloksatsin), azalidlar (azitromitsin) va makrolidlar (roxitromitsin) ham ishlatilgan.

Maxillofasiyal mintaqaning periapik to'qimalarining turli o'tkir odontogen kasalliklari bo'yicha davolanishga qabul qilingan 62 bemorlarning anamnezini o'rgangach, quyidagilar

aniqlandi. Kasalxonaga kirishdan oldin barcha bemorlar surunkali cho‘qqili periodontitning antibiotiklar bilan o‘tkir yoki kuchayishi haqida tish klinikalarida davolangan. Ushbu bemorlarga quyidagi davolash amalga oshirildi: ildiz kanallarini antibiotiklar bilan yuvish, transkapik terapiya (polisorb va bo‘r, shu jumladan turli ommaviy axborot vositalarida immobilizatsiya qilingan antibakterial preparatlarning pericho‘qqili infeksiyasi markazida olib tashlash), o‘tish katlamasi bo‘yicha antibiotiklarni in‘ektsiya qilish, elektroforez va antibiotiklarni og‘iz (planshetlar) va mushak ichiga (eritmalarini in‘ektsiya qilish). Shu bilan birga, 62 bemorlari penitsillin (amoksitsillin), 48 – makrolidlar (roksitromitsin), azalidlar (azitromitsin) va sulfanilamid preparatlari, 25 – fluoroquinolonlar (ofloksatsin, pefloksatsin, siprofloksatsin) va lincosamidlar (klindamisin), 15 – streptomitsin preparatlari, biomitsin yoki ushbu antibiotiklarning aralashmasi. Keyin ular bir necha bosqichda muhrlab qo‘yishdi. Shu bilan birga, nisbatan uzoq muddatli qoniqarli terapevtik ta‘sirga erishildi, kamroq qisqa muddatli.

Xulosa. Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, cho‘qqili periodontitning o‘tkir va halokatli shakllarini davolashda 0,01% Miramistin eritmasidan foydalanish maqsadga muvofiq deb hisoblanishi kerak. Ushbu antiseptik pericho‘qqili to‘qimalarda regenerativ jarayonlarni rag‘batlantirish va mahalliy himoya reaksiyalarini kuchaytirib, okoloverhushechnoy markazining mikroflorasiga ta‘sir ko‘rsatadigan aniq terapevtik ta‘sirga ega.

O‘SMIRLIK DAVRIDA SPIRTLII ICHIMLIK LARGA QARAMLIK NING OLDINI OLISH

*Azimova G. A., Agranovskiy M. L., Karimov A. X., Mo‘minov R. K.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Kirish. Yaqinda favqulodda tezlik bilan tarqalgan alkogolizmning oldini olish jarayoni jarayonning turli bosqichlarida amalga oshirilishi va amalga oshirilishi kerak va bu samarali usullarni tanlashga bog‘liq.

Alkogolizmning oldini olish faqat kompleks va tizimli ravishda amalga oshirilganda samarali bo‘lishi mumkin va kontseptual asosda va tuzilishda turli xil dasturlarni aks ettirmaydi. Bizning ishimiz shaxsiy rivojlanishning dastlabki bosqichlarida noto‘g‘ri ta‘limni tuzatishga va spirtli ichimliklarni noqonuniy tarqatishga qarshi dasturlarni moliyalashtirishga to‘g‘ri kelishi kerak.

Tadqiqotning maqsadi. O‘smirlik davrida spirtli ichimliklarga qaramlikning oldini olish bo‘yicha darslarning samaradorligini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot maqsadi: o‘smirlar orasida alkogolizmning oldini olish jarayoni.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalarini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, ko‘pchilik talabalar (76,5%) sinfdoshlari tomonidan spirtli ichimliklarni salbiy namoyon qilish deb hisoblamaydilar, 55,7% spirtli ichimliklarni muntazam iste‘mol qilish do‘stlikni to‘xtatish uchun asos emas va faqat 13,4% spirtli ichimliklarni iste‘mol qiladigan tengdoshlar bilan do‘stona muloqot qilish

Shu bilan birga, ota-onalarning so‘rov natijalari shuni ko‘rsatadiki, ota-onalarning voyaga etmagan spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish muammosi bilan bog‘liq umumiy tashvishlari, bu muammoni o‘z farzandlariga jalb qilish haqida etarli darajada xabardor emas, shuningdek, yosh avlodning erta alkogolizatsiyasini oldini olish jarayonida oilaning rolini bilishning etarli emasligi

Oldini olishning mavjud ta‘riflarini tahlil qilib, o‘smirlar orasida alkogolizmning oldini olishda, biz o‘smirning alkogolizmiga to‘sqinlik qiluvchi qadriyatlar, qarashlar va munosabatlar tizimini shakllantirishga qaratilgan shaxsga maqsadli ta‘sir o‘tkazish jarayonini tushunamiz

Biz ko'rib chiqqan yondashuvlar asosida (mahalliy va xorijiy pedagogik amaliyotda) psixoaktiv moddalarni, shu jumladan spirtli ichimliklarni oldini olishning o'z modellari ishlab chiqildi, ko'plab profilaktik dasturlar ishlab chiqildi.

Yoshlar o'rtasida alkogolizm profilaktikasi mazmunini aniqlash bo'yicha ishlab chiqilayotgan yondashuvning murakkabligi ikki jihatdan yotadi

- birinchidan, u har tomonlama intilish bilan bog'liq

spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga hissa qo'shadigan sabablar va xavf omillarining xilma-xilligini hisobga olish,

- ikkinchidan, murakkablik, shuningdek, shaxsiy va atrof-muhitning turli darajalarida amalga oshiriladigan profilaktika jarayonini tashkil etishdan iborat

Pedagogik faoliyat printsipli sifatida individualizatsiya bolalarning rivojlanishdagi adaptiv buzilishlarni samarali ravishda ochib berishi va potentsial imkoniyatlarini ochib berishi, ularning "ijobiy" tomonlarini aniqlashi mumkin, chunki ular ta'lim va tarbiya jarayonida asoslanishi mumkin, chunki biologik va ijtimoiy sharoitlarning muayyan darajada rivojlanishidagi noqulayligi-va sezilarli darajada to'g'rilanishi mumkin, tegishli pedagogik shart-sharoitlarni yaratishda tuzatilishi mumkin

Shuning uchun, tajriba va eksperimental ishning birinchi bosqichida-shaxsiyatning psixologik xususiyatlarini o'rganish va o'smirlarning ijtimoiy o'zaro ta'siri, biz N Eagle metodologiyasini noto'g'ri xatti-harakatlarga (sop), shuningdek, J Kellyning shaxsiy dizayn usuli

Jinsiy farqlarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, pastki namunaning ayol qismida erkak (40,0 ball) dan ko'ra "Addictive xatti-harakatlarga moyillik" miqyosida yuqori ball (42,6 ball) aniqlandi, bu ayolda xatti-harakatlarning ijtimoiy nazorati erkaklarnikidan yuqori

J Kelli usuli bo'yicha olingan ma'lumotlar spirtli ichimliklarni iste'mol qilish uchun o'rganilayotgan o'smirlar guruhining mavjudligi, spirtli ichimliklarni zavq, quvonch, do'stona munosabat bilan bog'lash va tanaga zarar etkazish darajasini kamligini xulosa qilish imkonini berdi

Tadqiqot davomida olingan o'smirlar va ularning ijtimoiy munosabatlarining o'ziga xos xususiyatlari lagerda profilaktik ishlarning asosini tashkil etdi

Tajribali ishtirokchilarning aksariyati oxir-oqibat "salomatlik - sog'lomlik" konstruksiyasini tanladilar, bu esa sog'lom turmush tarzi uchun o'rnatishning rivojlanishini ko'rsatadi

Shunday qilib, olingan natijalarning dinamikasi asosiy ko'rsatkichlar bo'yicha ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatdi va biz ilgari surgan gipotezani tasdiqladi

Xulosa. Oila darajasida alkogolizmning oldini olish bir qator tadbirlarni o'z ichiga oladi: tashkiliy, ijtimoiy, psixologik va pedagogik va tibbiy. Oila darajasida alkogolizmning oldini olish birgalikda ijodiy faoliyatga qaratilgan o'yin mashg'ulotlaridan foydalanish orqali amalga oshiriladi.

Natijada, oila darajasida alkogolizmning oldini olish va oilaviy munosabatlarni tuzatish texnologiyasi juda ko'p, ularning tanlovi muayyan vaziyatning o'ziga xos xususiyati, oila a'zolarining xususiyatlari, ijtimoiy xodimning professional malakasi bilan belgilanadi.

Vaqt o'tishi bilan, har bir tajribali mutaxassis o'z usullarini o'zgartiradi, o'z shakllari, usullari, ish vositalarini yaratadi. Ijtimoiy ishning barcha usullari mohiyati oilaviy alkogolizmning oldini olishdir.

THE INFLUENCE OF PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS AND
PERSONALITY DISORDERS ON THE DYNAMICS OF CONTROL OF THE
COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA

*Azimova G.A., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Saliev M.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. In the formation of respiratory diseases with a psychosomatic component, as a stage of disease development (for example, bronchial asthma), it is very important to clearly represent the contribution to the realization of the disease of the autonomic nervous system and the psychological characteristics of the child.

Knowledge of the peculiarities of child psychology is extremely important in understanding the formation of the somatic and mental health of a child-adolescent-adult.

The purpose of the study. To study the influence of psychopathological and pathoharacterological personality disorders and patients' adherence to anti-asthmatic therapy on the level of AD control and its dynamics.

Materials and methods of research. To assess the influence of psychopathological conditions and pathologic characteristics of patients, their adherence to treatment on the dynamics of the level of AD control, 106 patients were included in the study (83 women and 23 men aged 17 to 74 years; average age – 48.9 ± 13.0 years; duration of the disease – from 1 month to 42 years, average duration – 10.8 ± 9.7 years).

The results of the study. The results of the study. In children with AD, the structure of emotional and personal characteristics is represented by a stable internal conflict, due to the accentuation of opposite personality traits in the same child. For a teenager, the personality structure consists in the accentuation of hysteroid and (or) epileptoid traits, in the manifestation of autodestructive tendencies, confirmed by a tendency to alcoholism.

A common feature for sick children and adolescents in the structure of the emotional and personal background is the dominance of indicators on the scales: aggressiveness and anxiety.

In adolescents suffering from B A, the dominant mechanisms of psychological defense are: denial of unacceptable events or their own qualities, as well as hypercompensation of their shortcomings in the field of low self-esteem.

In children with BA, significant deviations in the mnestic sphere are detected in the form of a decrease in the volume of short-term figurative (35%) and verbal memory (62%) compared with healthy children.

The majority of patients (75%) are characterized by complete left-hemisphere dominance, which indicates the ineffectiveness of their psychophysiological adaptation in stressful situations.

The analysis of the emotional and personal characteristics of children with bronchial asthma will allow a more complete study of the components of the pathological psychosomatic system, which makes it possible to optimize measures for prevention and timely correction of factors that aggravate the course of this disease.

Forecasting the types of emotional and personal response, knowledge of the mechanisms of psychological protection of a child with bronchial asthma, makes possible an individual approach to therapy and triggers adaptive mechanisms for the development of a full-fledged personality, preventing possible deviations in a critical period of life.

The presented results of the functional asymmetry assessment indicate the need to create a system of education, upbringing, working conditions and everyday life, taking into account the peculiarities of the mental organization of children and adolescents suffering from bronchial asthma.

Conclusion. Thus, during the study of patients with AD, a high frequency of pathoharacterological RLS, such as paranoid, schizoid, schizotypal, anxious and hysterical,

was revealed. In addition, the deterioration of the level of disease control contributes to the high frequency and severity of anxiety and depression.

To improve the dynamics of the level of AD control, it is necessary to take into account psychopathological and pathoharacterological personality disorders, patients' adherence to treatment and to study the factors contributing to an increase in their KP.

DAILY PROFILE OF ARTERIAL PRESSURE, CLINICAL VARIANTS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

*Bektashev I., Kodirova G.I., Tashtemirova I.M.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Cardiovascular diseases are currently the main cause of disability and premature death in economically developed countries. Hypertension (AH) today remains the most common disease, despite the high level of development of world medicine. The prognosis for arterial hypertension (AH) depends on the state of the target organs, the presence of risk factors and associated clinical conditions, and the quality of life depends on the adherence of patients to the therapy.

The purpose of the study. The aim of the study was to identify the clinical and functional features of the course of hypertension in various clinical situations, to determine additional criteria for the effectiveness of antihypertensive therapy, to develop a differentiated approach to the treatment of hypertension, depending on the clinical course of the disease.

Material and methods of research: A group of 40 hypertensive patients hospitalized in the ASMI clinic in the cardiology department was examined. The patients included 19 women and 21 men aged 42 to 74 years (mean age 50.6 ± 0.7 years). The first group consisted of 10 relatively healthy individuals aged 35-50 years. The second group consisted of 20 patients with a diagnosis of hypertension stage II. AG II-III degree. Risk 3 (high), the third group - 20 patients with a diagnosis of hypertension stage II. AG II-III degree. Risk 4 (very high)+CHD. Stable exertional angina, FC II. As part of a general clinical examination, all patients underwent 24-hour blood pressure monitoring (ABPM), and inter-visit BP variability was assessed, calculated as a standard deviation from mean BP values. To study the quality of life, each patient filled out a questionnaire representing a version of the MOS-SF-36 questionnaire (MOS-SFItemShortFormHealthSurvey).

Results and discussion. Patients of the compared groups had no differences in age. The values of quality of life parameters on the scale of viability (VT) in the third group were significantly lower than in the control (62.4 ± 16 and 73.6 ± 13.6 , respectively; $p=0.01$). Similar differences between groups I and II were recorded on the mental health scale (MH): 68.2 ± 15.6 and 79.3 ± 10.7 , respectively, $p=0.01$. Half of the patients with AD had elevated inter-visit SBP variability (> 4.8 mm Hg), while 24.4% had high variability (> 8.35 mm Hg). According to ABPM data, increased SBP variability (>15 mm Hg) at night was recorded in 26% of patients of group II; increased DBP variability day and night was detected in 5% of the examined group II. Besides, in the group of patients with HD+CHD, circadian rhythm disturbances of the nondipper type were recorded in 47.4% of cases, which is probably due to excessive activation of the sympathetic nervous system.

Conclusions. Already at a young age in patients with AD, a decrease in the quality of life on the scales of viability and mental health is recorded. Persons with AD are characterized by an insufficient nocturnal decrease in blood pressure, and the quality of life is characterized by increased nocturnal and inter-visit variability in SBP.

"TIMER DRUG BOX" IN PHARMACOTHERAPY OF ARTERIAL
HYPERTENSION

*Bektashev I.I., Kodirova G.I.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Today, cardiovascular diseases occupy the first place among the causes of disability and premature death of the population. The prognosis for arterial hypertension depends on the state of the target organs, the presence of risk factors and associated clinical conditions, as well as on the adherence of patients to the therapy.

The aim of the study was to identify the features of the course of hypertension in various clinical situations, to determine additional criteria for the effectiveness of antihypertensive therapy, to develop a differentiated approach to the treatment of hypertension, depending on the clinical variant of the disease.

Material and methods of research: A group of 40 hypertensive patients hospitalized in the ASMI clinic in the cardiology department was examined. The patients included 19 women and 21 men aged 42 to 74 years (mean age 50.6 ± 0.7 years). The first group consisted of 10 relatively healthy individuals aged 35-50 years. The second group consisted of 20 patients with a diagnosis of hypertension stage II. AG II-III degree. Risk 3 (high), the third group - 20 patients with a diagnosis of hypertension stage II. AG II-III degree. Risk 4 (very high)+CHD. Stable exertional angina, FC II. As part of a general clinical examination, all patients underwent 24-hour blood pressure monitoring (ABPM), and inter-visit BP variability was assessed, calculated as a standard deviation from mean BP values. To study the quality of life, each patient filled out a questionnaire representing a version of the MOS-SF-36 questionnaire (MOS-SFItemShortFormHealthSurvey).

Results and discussion. Patients of the compared groups had no differences in age. The values of quality of life parameters on the scale of viability (VT) in the third group were significantly lower than in the control (62.4 ± 16 and 73.6 ± 13.6 , respectively; $p=0.01$). Similar differences between groups I and II were recorded on the mental health scale (MH): 68.2 ± 15.6 and 79.3 ± 10.7 , respectively, $p=0.01$. Half of the patients with AD had elevated inter-visit SBP variability (> 4.8 mm Hg), while 24.4% had high variability (> 8.35 mm Hg). According to ABPM data, increased SBP variability (>15 mm Hg) at night was recorded in 26% of patients of group II; increased DBP variability day and night was detected in 5% of the examined group II. Besides, in the group of patients with HD+CHD, circadian rhythm disturbances of the nondipper type were recorded in 47.4% of cases, which is probably due to excessive activation of the sympathetic nervous system.

Conclusions. In the analyzed studies, using special software for hypertension, in 95% of patients with arterial hypertension, the need for antihypertensive therapy was determined, while combined antihypertensive therapy was prescribed taking into account indications and contraindications for certain pharmacological groups. Thus, innovative technologies such as the "Timer Drug Box" allow not only to analyze the need for antihypertensive therapy in people with hypertension, but also to be in demand in the management of arterial hypertension.

A HEALTHY LIFESTYLE APPROACH TO THE RURAL POPULATION OF
BULAKBASHI DISTRICT

Borotova S.A., Khudoyberdiev J.M.
Department of training and PP family doctors

Relevance: Presidential Decree No. 41063, developed in order to improve the mechanisms of prevention of non-communicable diseases in the Republic of Uzbekistan, the formation of a healthy lifestyle and increasing physical activity, has created a legal basis for a healthy lifestyle system in medicine. In our country, the first place in the list of deaths from non-communicable diseases is occupied by STDs and STIs (59.3%), the second place is taken by respiratory diseases (4.7%), the third place is taken by oncological diseases (9.5%). According to the recommendations of WHO officials, in our country the root causes of these diseases can significantly reduce mortality and disability through the elimination of unhealthy lifestyles, irrational nutrition, bad habits.

Since a healthy lifestyle is an integral part of a healthy life, rational nutrition is part of this integrity. Rational nutrition is the best prevention of many diseases and pre-morbid conditions.

Purpose: To assess the awareness of the population of different age and gender about lifestyles and rational nutrition of the population of 21-Bulakbashi district of Andijan province.

Materials and methods: The observation was conducted among the population of 21-OP in Bulakbashi district of Andijan province.

Our objective:

1. First - selection of families with more than one sick representative in one household with non-infectious diseases, by studying report forms of outpatient cards f-025/u, dispensary control cards f-030/u, OP.

2. To conduct a survey among the members of this household

In the first phase of the assignment, 55 families were selected and interviewed, including questions about healthy lifestyles. The ages of the responding family members ranged from 16 to 60 years old. In our survey, each family of 55 families was represented by 1-2 family members, 55 people in total. Of these, 15 were men (27.2%) and 40 (72.8%) were women. In terms of age groups, 10 people (18.8%) were over 60 years old, 20 people (37.6%) were 40-59 years old, and the remaining 25 people (44.6%) were 16-39 years old.

Results and analysis: The results of our survey showed that 42% of respondents have sufficient knowledge about healthy lifestyles and rational nutrition, 32% do not have accurate knowledge, that is healthy eating is a good, "rich diet", 6% have no interest in the topic, and 30% of the people believe that the rational diet has nothing to do with a healthy lifestyle and cannot understand them unanimously.

Based on this, family doctors were provided with the necessary materials (thematic videos, booklets, manuals, photo information magazines, sanitizers, paper, pen, representing the pyramid of healthy eating), interviews with respondents were conducted and the issue was widely covered. At the end of the survey, a follow-up survey was conducted. The results showed that there was a 99.1% increase in our respondents' data about healthy lifestyles.

Conclusions and suggestions:

1. the interest in a healthy lifestyle among the population is great and it can be developed.
2. there is an opportunity to further increase the level of physical activity of the population aged 40-59 years.

Informing the population about the rules of a healthy lifestyle develops the responsibility of the population for their own health. 3.

3. the best way to inform the population about healthy lifestyles is to mediate occupational safety.
4. Outreach based on feedback and feedback methods will be completed successfully

COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Bustonov Sh.E.
Andijan State Medical Institute

Relevance. In many studies of recent years, it has been revealed that genetic predisposition or acquired breakdowns of the regulatory mechanisms of blood pressure do not always play a role in the development of arterial hypertension (AH). It is believed that additional exposure to a complex of behavioral factors, in particular eating habits, is necessary.

The most important component of the prevention of cardiovascular diseases (CVD) is sanitary and hygienic literacy and awareness of the population about health, contributing to the creation of the need for a healthy lifestyle.

Currently, it is generally recognized that one of the progressive approaches to the prevention and treatment of hypertension is the organization of a system of teaching patients and their families in Schools for patients. It is believed that the basis of the concept of prevention is a change in its accents: a person who previously acted as an object of influence now becomes an active force for preserving his health.

The purpose of the study. To evaluate the effectiveness of measures of primary prevention of arterial hypertension in reducing the relative risk of cardiovascular diseases in an organized population of industrial workers.

Methodology and methods of research. The subject of the study is a comprehensive method of non-drug preventive effects for an organized population. The reliability of the results obtained . the data is confirmed by methods of mathematical statistics.

The results of the study. Patients of the main group were divided into 3 subgroups by blind sampling, depending on the therapeutic approach to the management of patients with hypertension and MS.

Patients of the 1st subgroup (D) were on diet therapy. The participants of subgroup 2 (D+F) followed a diet and also received drug therapy. The participants of subgroup 3 (D+F+SHG), in addition to diet therapy and treatment with pharmacological drugs, attended a specialized health school for patients with hypertension.

The selection of patients for inclusion in this study was carried out based on the analysis of anamnestic data, data from the primary clinical and anthropometric examination in accordance with the inclusion criteria set out below.

Patients of the 2nd and 3rd groups were prescribed medication for hypertension in addition to diet therapy. In accordance with the current recommendations of the VNOK (2010) on the diagnosis and treatment of hypertension, drugs from the groups of angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE) or angiotensin receptor blockers (ARBs), calcium antagonists (AK), mineral-corticoid receptor antagonists (AMCR) were used as antihypertensive drugs, taking into account anamnesis data, clinical examination, diuretic drugs, beta-blockers (BAB).

Drug therapy was used in the form of monotherapy or combination therapy, including two or more drugs.

The results of research on FR allowed developed countries to plan and implement lifestyle improvement programs, which led to a decrease in cardiovascular morbidity.

Currently, a risk factor is understood as a sign preceding the disease, contributing to its progression and unfavorable outcome, having an independent, stable, probabilistic relationship with it, which has practical significance, at least for its prediction.

The use of the concept of risk factors makes it possible to predict the probability of disease and death both in the population (population risk) and for individuals (individual risk).

FR are not the cause of the disease, but in their presence, and even more so in combination, the individual risk of the disease increases markedly, without determining its inevitability. At the population level, the concept of FR is rather epidemiological, since there is a relationship of FR with a higher frequency of prevalence and occurrence of new cases of CVD in the population, and the fight against them can lead to a decrease in morbidity and mortality.

Conclusion. There are much more modifiable ones: overweight (BMI), irrational nutrition, physical inactivity, smoking, alcoholism, low level of education, stress, arterial hypertension (AH), hypercholesterolemia (HHS), diabetes mellitus (DM), etc.

There are factors that reduce the risk of developing CVD: regular physical activity, eating enough the amount of fruits and vegetables, as well as small doses of alcohol.

THE RELATIONSHIP OF ELECTRICAL REMODELING OF THE MYOCARDIUM WITH RISK FACTORS AND PROGNOSIS IN MEN WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Bustonov Sh.E.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Acute coronary syndrome (ACS) and acute myocardial infarction (AMI) remain the main causes of premature mortality. Assessment of the state of the myocardium at an early stage of these diseases is extremely important, since it is during this period that the necrosis zone is formed, which determines the volume of the hibernating myocardium, the factors affecting the viability of the heart muscle in the future, and, consequently, the prognosis, are indicated.

It is known that the electrical activity of the heart (EAS) is a trigger (trigger) mechanism in relation to contractility and the provision of myocardium with energy and is most sensitive to hypoxia and ischemia. In this regard, an in-depth study of the electrical activity of the heart remains relevant

The purpose of the study. To study the electrical remodeling of the myocardium and its relationship with risk factors (FR) and prognosis in men with acute coronary syndrome.

Materials and methods of research. 70 men were examined, of which the study group consisted of 45 people who were admitted to the hospital with a diagnosis of acute coronary syndrome (22 patients with AMI, 23 patients with unstable angina (NS)). The control group consisted of individuals (25 people) who did not have any diseases of the cardiovascular system at the time of the study, which was confirmed by clinical, laboratory and instrumental data. The average age in the AMI group was 56.18 ± 10.37 years, in the HC group - $57.78 + 8.74$ years and in the control group - $50.28 + 9.92$ years. The duration of the disease in the study group averaged $4.60 + 5.92$ years, while in 14 patients (35%) ischemic disease was diagnosed for the first time.

The results of the study. The relative and attributive risk of developing primary AMI depends on the age of the patient and the type of FR. At the same time, relative and attributive (additional) risk may have a multidirectional character, depending on the type of risk factor. The magnitude of the attributive risk for arterial hypertension and the factor of heredity of cardiovascular diseases increases with age.

In men with acute coronary syndrome (both with AMI and with NS), there was a significant decrease in the left ventricular activation rate and an increase in the rate of

inhomogeneity of the LV, compared with persons without clinical manifestations of coronary artery disease, which indicates a high degree of electrical heterogeneity of the myocardium in this category of patients.

The indicator of heterogeneity of the left ventricular activation rate, which characterizes the heterogeneity of the myocardium, in patients with C)-MI is significantly higher than in those with AMI without the p wave.

The presence of risk factors is associated with a decrease in the rate of activation of the left ventricle and an increase in the index of heterogeneity of the SOOT. The closest relationship has been established for hypertension, smoking, hypercholesterolemia and overweight.

A decrease in the value of the SAF on the first day, as well as in the dynamics (on days 7 and 17) of the development of ACS and an increase in the level of heterogeneity of the rate of activation of the left ventricle outside the infarction zone are a marker of the development of cardiac arrhythmias and an unfavorable prognosis in patients with ACS.

Conclusion. Risk factors for cardiovascular diseases, such as hypertension, smoking, hypercholesterolemia and overweight, are associated with a decrease in the rate of electrical activity of the heart and an increase in myocardial heterogeneity.

High-speed indicators of electrical activity of the heart are the earliest markers of cardiac arrhythmias and conduction disorders, including fatal ones, in patients with acute coronary syndrome.

STUDY OF PREVALENCE OF SMOKING, ARTERIAL HYPERTENSION AND EXCESS BODY WEIGHT IN RURAL AREAS.

*Dadabaeva N.A., Mahmudova M.S., Abdumalikova F.B.,
Axmedova D.T., Baynazarova A. Sh.
Tashkent Medical Academy*

The main conditions for the prevention of mortality from myocardial infarction and stroke are considered early detection of arterial hypertension (AH), reduction and constant control of blood pressure (BP) levels by correcting modifiable risk factors, in particular such significant ones as smoking and overweight.

Purpose: early detection of hypertension, study of the prevalence of smoking and overweight in the rural population.

Material and Methods: a one-step cross-sectional study of the rural population - screening for high blood pressure with subsequent assessment of people with identified high blood pressure, as well as identifying the prevalence of smoking and overweight. The screening was attended by the medical staff of 3 rural medical stations (RMS) of the Tashkent region. 664 people over 20 took part in the survey. The screening questionnaire included data on age, place of work, smoking status, measured blood pressure, height and weight of the surveyed population. Individuals with smoking, high blood pressure and / or overweight were invited for further examination, where they were re-measured twice in blood pressure on both arms, calculated body mass index (BMI), and an electrocardiogram was taken.

Results: the screening involved persons aged 20 to 50 - 412 (62%) people: the largest number were persons aged 20-29 and 40-49 years. Among men, persons working in agriculture predominated - 323 people (48,6%), and among women, the majority were housewives - 152 people (22,9%). There were 24 (3,6%) pensioners, and 12 (1,8%) disabled people. Smoking was detected in 74 (11,1%). Increase in blood pressure above 140/90 mm Hg. 97 (14,6%) people were registered, of which 52 (53,6%) patients were registered in the rural medical center for hypertension, and in 45 (46,4%) people, an increase in blood pressure was detected for the first time. Analysis of blood pressure figures showed that 34 out of 97 people (35,1%) had systolic blood pressure in the range of 141-150, 27 people (27,8%) - 151-

160, 15 - (15,5%) - 161- 170, 10 - (10,3%) - 171-180 and 11 (11,3%) people over 180 mm Hg. Most of the people with high blood pressure - 70 (72,2%) people had diastolic blood pressure up to 100 mm Hg., 22 (22,6%) - within 101-110, and 5 (5,2%) patients - more than 110 mm Hg. Overweight was found in 355 (53,4%) people. Of these, 183 (51,5%) were men and 172 (48,5%) were women. Obesity of the first degree was detected in 86 (24,2%) people. The risk of exposure to smoking on the occurrence of hypertension was 0,25; the risk of hypertension in the absence of smoking was 0,13. The relative risk was 1,92. The risk of overweight on the occurrence of hypertension was 0,75. The risk of hypertension in the absence of overweight – 0,16. The relative risk was 1,98.

Conclusions: The risk of hypertension in smokers is 12% higher than in non-smokers. Accordingly, the risk of hypertension in people with overweight and obesity is 35% higher than in people with normal weight. The identification of smoking and overweight in the presence of varying degrees of hypertension is necessary to stratify the risk of cardiovascular complications and determine the appropriate management tactics for these patients. It should be noted that in patients with smoking and overweight in 15-20% of cases, cardiovascular complications are expected to develop even at low blood pressure. Early detection of smoking, overweight and blood pressure is an important step in the management of hypertension, allows you to objectively assess the patient's condition, start drug treatment in a timely manner, reduce blood pressure and prevent the development of complications.

BIRINCHI MARTA GEMOBLASTOZ BO'YICHA KASALXONAGA YOTQIZILGAN BOLALARNING RUHIY BUZISHLARI

*Dalimova S.A., Agranovskiy M.L., Mo'minov R.K., Malikova A.E.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Tadqiqot mavzusining dolzarbligi. So'nggi yigirma yil ichida antitumor terapiyasining samaradorligi tufayli onkopatologiya bilan og'rikan bemorlarning uzoq muddatli omon qolishlari sezilarli darajada oshdi va buning natijasida ularning hayot sifati va ruhiy holatiga qiziqish ortdi. Bolalar onkologiyasining ta'sirchan muvaffaqiyatiga va 5 yil yoki undan ko'proq omon qolishning 80% gacha o'sishiga qaramay, onkologik kasallikning uzoq muddatli oqibatlar va agressiv davolanish tez-tez bo'lib qolmoqda.

Tadqiqotning maqsadi onkologiya shifoxonasiga dastlab yotqizilgan gemoblastozli bolalarda ruhiy kasalliklarning klinik, dinamik va tipologik xususiyatlarini aniqlash, ushbu kontingentda ruhiy kasalliklarning rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar majmuasini aniqlash va adekvat va samarali davolash usullarini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Gemoblastozli 3-12 yoshdagi bolalarda aqliy rivojlanish va ruhiy buzilishlar, birinchi marta onkologiya shifoxonasiga yotqizilgan.

Gemoblastozlar bilan onkologiya shifoxonasiga birinchi marta kirgan 3-12 yoshli bolalarda ruhiy kasalliklar yuzaga keladi, bu ularning ijtimoiy moslashish imkoniyatini kamaytiradi va terapevtik aralashuvni talab qiladi.

Tadqiqot natijalari. Shu bilan birga, o'tkir limfoblastik leykemiyadan davolangan bolalar va o'smirlarning salomatlik holatini nisbatan yaqinda o'tkazilgan keng ko'lamli o'rganish natijalariga ko'ra, ulardagi kasallanish ko'rsatkichlarini ruhiy kasalliklar (1000 davolanganga 601,5 holat) egallaydi. Asar mualliflari nuqtai nazaridan, populyatsiyadagidan tubdan farq qiluvchi bunday noodatiy kasallik tuzilishi antitumor terapiyasining uzoq muddatli ta'siri ("antitumorning kech ta'siri") bilan izohlanadi. davolash"). Biroq, gemoblastozlar bilan og'rikan bolalarda psixopatologik buzilishlarning shakllanishida boshqa omillarning (irsiy, konstitutsiyaviy-shaxsiy, psixogen va boshqalar) ishtirokini e'tiborsiz qoldirib bo'lmaydi.

Xulosa. Hozirgacha onkogematologik kasalliklarga chalingan bolalar va o'smirlardagi ruhiy patologiyaning spektri aniqlanmagan, bu yosh xususiyatlarini hisobga olgan holda, kattalarnikidan farq qilishi mumkin. Ushbu sohada maqsadli tadqiqotlarning yo'qligi

bolalarning ushbu kontingenti uchun tegishli profilaktika choralari va reabilitatsiya usullarini ishlab chiqishni qiyinlashtiradi.

GEMATOLOGIK AMALIYOTDA HERPESVIRUS INFEKTSIYASI

*Delkasheva Sh. Dj., Sotvoldiyev B.M., Tojiddinov H.S., Yakubbekova M.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. Shu bilan birga, adabiyotda gemoblastozli bemorlarda og‘ir infeksiyalarni rivojlantirishda Herpesvirus rolini etarli darajada aks ettirmaydi, hozirgi vaqtda klinik amaliyotda qon zardobini muayyan antiherpetik antikorlarning mavjudligi uchun tekshirish va monitoring qilish amalga oshirilmaydi va Rossiya qon xizmatida (AQSh, Germaniya, Gollandiya va boshqalardan farqli o‘laroq) donorlarni tekshirish uchun hech qanday talab yo‘q. CMV va veb kabi keng tarqalgan va xavfli viruslar.

Bemorlarda CMV va EBV infeksiyasining klinik ko‘rinishlari ko‘p jihatdan o‘xshashdir, bu esa diqqat bilan va o‘z vaqtida differentsial tashxisni, shu jumladan immunoferment tahlilini (Elishay) va polimeraza zanjir reaksiyasida (PCR) Real vaqtda NAT-testlarini o‘z ichiga olgan zamonaviy laboratoriya usullarini talab qiladi.

Tadqiqotning maqsadi. Ishning maqsadi gematologik bemorlarda (n=170) va somatik kasalliklarga chalingan bolalarda (n=22) Herpesvirus infeksiyasining chastotasi va faolligini tahlil qilish edi.

Tadqiqot materiallari va usullari. Kuzatuv ostida turli xil gemoblastoz shakllari bo‘lgan 170 bemor va somatik kasalliklarga chalingan 22 bemor bor edi. Tadqiqot materiallari qon, zardob, yuqori nafas yo‘llarining shilliq qavatidan, suyak iligi, likvordan olingan.

CMV DNK NAT – qon test usuli 5,8%, EBV 15,2% va HCV6 – 8,0% aniqlangan. Bemorlarning qonini serologik tekshirish (Elishay) seronegativ gemokomponentlarga muhtoj bo‘lgan CMV - seronegativ bemorlarning (kattalarning 4,4% va kattalarning 28,6% dan 54,5% gacha) chastotasini aniqladi.

Tadqiqot natijalari. Yuqori nafas yo‘llarining shilliq pardalarida, va HCV15,2% – – qon va 24,1% yilda 6% - tadqiqot namunalari materiallari EBV genomlarini aniqlash chastotasi qon va 8,0% yilda 19,6% edi. Qonda (5,8%) va smearlarda (9,8%) CMV genomini aniqlashning past darajasi e‘tiborga olinadi.

Shunday qilib, bemorlar olingan barcha materiallar tarqalganligi va aniqlash chastotasi, birinchi navbatda, gematologik profilli bemorlarda pnevmoniya rivojlanishi bilan EBV aniqlash yuqori chastota haqida adabiyot ma‘lumotlari bilan izchil Epstein-Barr virusi, da‘vo.

Gematologik bemorlarning sarum herpes viruslari uchun antikorlar uchun serologik test natijalari. Elishay usuli 228 qon zardobida, shu jumladan CMV – 136 va EBV – 92 namunalari bilan tekshirildi.

Olingan natijalarni tahlil qilish herpes guruhi viruslari vakillari (IgG + anti-CMV 95,6% va 100% IgG + AT EBV) tomonidan tekshirilgan gematologik bemorlarni infeksiyaning yuqori chastotasini ko‘rsatadi. Shu bilan birga, infeksiyaning surunkali shakli mavjudligiga e‘tibor qaratiladi IgM antikorlari 89,8% (CMV testida) va 98,6% (EBV testida) mavjud emas.

Biroq, CMV infeksiyasining yuqori chastotasiga qaramasdan, bemorlarning 4,4% seronegativ (IgG -) bo‘lib qoladi va IgG va IgM antikorlarining yo‘qligi bilan dalolat beradi.

Shuning uchun bemorlar va donorlarning serologik maqomini hisobga olish zarurligi masalasi dolzarbligicha qolmoqda.

Xulosa. Herpesvirus infeksiyasining yuqori chastotasida tekshirilgan gematologik bemorlar, CMVDA donorlarni tekshirish amaliyoti yo‘qligi va statsionar davolanish davrida katta gemokomponentli terapiya o‘tkazilganda, kattalardagi bemorlarning 4,4% CMV ga nisbatan seronegativ bo‘lib qoladi.

Katta darajada CMV - seronegativlik somatik kasalliklarga chalingan bolalarda namoyon bo‘ldi va uning chastotasi ≤ 1 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan bolalar guruhida 54,5%

va 28,6% - 11 dan 18 yilgacha bo'lgan davrda klinik amaliyotda pediatriyada qon quyish paytida, shu jumladan zamonaviy sharoitda RH-mojaroda intrauterin metabolik transfüzyon taktikasi.

COVID-19 AND THE CARDIOVASCULAR SYSTEM: PATHOMORPHOLOGY, COMPLICATIONS AND PROGNOSIS

Ergasheva Z.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. During the coronavirus pandemic, patients with cardiovascular diseases are a special risk group.

The urgency of this problem is due to the fact that this pathology is a frequent concomitant condition and a predictor of an unfavorable outcome. There is evidence that pathology of the heart and blood vessels occurs in every third patient hospitalized with COVID-19.

In patients with cardiovascular diseases, the danger lies in decompensation of cardiovascular pathology, including an increased possibility of rupture of the atherosclerotic plaque and thrombogenic risk, which, in turn, leads to the progression of the infectious process and an increase in the number of adverse outcomes. Therefore, it is important to study the features of pathogenetic processes occurring in the cardiovascular system with a new coronavirus infection (NCVI), clinical manifestations and prevention of complications.

Despite the tropism of SARS-CoV-2 to the lungs, COVID-19 has a high risk of developing multiple organ failure, including due to damage to the cardiovascular system (CCC).

The purpose of the study. To carry out illuminating views of scientists and doctors on the problem of the influence of COVID-19 on the state of the cardiovascular system, in particular its pathogenetic aspects.

Research methods. To achieve this goal, a retrospective analysis of the data of 30 case histories of patients for 2021 who were treated in the cardiology department at the ASMI clinic (13 people - 50%) had a history of having suffered a new coronavirus infection (NCVI).

Results and discussion. Patients with concomitant CVD and/or traditional cardiovascular risk factors (old age, male gender, hypertension, diabetes, obesity) belong to a particularly vulnerable cohort characterized by severe COVID-19 and high hospital mortality.

A meta-analysis of 6 studies (n = 1,558) established independent predictors of severe COVID-19 (with the development of ARDS) [9]. These are the following concomitant diseases: hypertension (odds ratio (OR) – 2.29, p < 0.001), other CVD (OR – 2.93; p < 0.001), cerebrovascular disease (OR – 3.89; p = 0.002), DM (OR – 2.47; p < 0.001) and chronic obstructive pulmonary disease (OSH – 5.97; p < 0.001)

In the presence of coronary heart disease, the probability of developing severe forms of COVID-19 increased by 2.5 times. The study studied the effect of CVD on the risk of severe forms of COVID-19 in patients (n = 332, average age – 51 years) with a moderate course of infection. Comparison of 2 groups: "with CVD" (n = 48, 14.5%) and "without CVD" (n = 284, 85.5%) showed that patients with "CVD" were older (average age 56 years vs 50 years; p = 0.007), more often complained of weakness (28.3 % vs 11.1%; p = 0.002), discomfort behind the sternum (40.0% vs 6.0%; p < 0.001) and myalgia (13.0% vs 2.6%; p = 0.001), more often suffered from DM (8.3% vs 2.5 %; p < 0.05) and lung diseases (8.3% vs 1.1%; p < 0.05), and were more often hospitalized in the ICU (47.9% vs 12.4%; p < 0.001).

Patients with hypertension (44.7% vs 13.9%; p < 0.001) and coronary heart disease (90.9% vs 15.0%; p < 0.001) were in particular need of intensive care compared to those with other CVD. According to multivariate analysis, it was determined that concomitant CVD is an independent factor in the development of severe forms of COVID-19 (OR – 2.652, 95%

confidence interval (CI) – 1.019–6.899). Viral infection can destabilize the state of the CVD, which significantly increases the risk of mortality in concomitant CVD.

Conclusion. Exposure to the SARS-CoV-2 virus and other pathogenic factors with toxic, pro-inflammatory and procoagulant effects can lead to decompensation of concomitant CVD and increase hospital mortality.

The new role of APF2 as a receptor for the SARS-CoV-2 virus to some extent explains the pathophysiological relationship between viral infection, the immune system and CVD. A new coronavirus infection can provoke acute myocardial damage and other new cardiac complications.

PATHOMORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH COVID-19

Ergasheva Z.A.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The urgency of this problem is due to the fact that this group makes up the majority of the population. There is evidence that pathology of the heart and blood vessels occurs in every third patient hospitalized with COVID-19 and is one of the most frequent comorbidities in this disease.

In patients with cardiovascular diseases, the danger lies in the deterioration of their course, which, in turn, leads to the progression of the infectious process and an increase in the number of adverse outcomes.

The purpose of the study. To carry out illuminating views of scientists and doctors on the problem of the influence of COVID-19 on the state of the cardiovascular system, in particular its pathogenetic aspects.

Research methods. To achieve this goal, a retrospective analysis of the data of 30 case histories of patients for 2021 who were treated in the cardiology department at the ASMI clinic (13 people - 50%) had a history of having suffered a new coronavirus infection (NCVI).

An equal number of the second group of patients did not include those who had been ill with COVID-19. Of the 13 people who underwent NCVI, there were 6 (46.2%) men and 7 (53.8%) women, and in the group of patients who did not have COVID-19, there were 4 (30.8%) and 9 (69.2%), respectively. In the first group, the average age of patients was 70.7 ± 9.8 years, and in the second – 74.1 ± 6.7 years.

Results and discussion. The study showed that the risk of death in CVD increased 2.4 times ($p = 0.019$). An analysis of 44,672 cases with a confirmed diagnosis of COVID-19 from the Chinese Center for Disease Control and Prevention found high mortality in patients with CVD (10.5%), hypertension (6.0%) and DM (7.3%), while the overall mortality rate was 2.3%.

According to a multivariate analysis of 1,590 patients hospitalized with COVID-19, the predictors of deaths were: age - 75 years and older (OR – 7.86; 95% CI – 2.44–25.35) and from 65 to 74 years (OR- 3.43; 95% CI – 1.24–9.50), coronary heart disease (OR – 4.28; 95% CI - 1.14–16.13), cerebrovascular diseases (OR – 3.1; 95% CI – 1.07-8.94), dyspnea (OR – 3.96; 95% CI – 1.42–11.00), procalcitonin level > 0.5 ng / ml (OR – 8.72; 95% CI – 3.42–22.28) and aspartate aminotransferase activity > 40 units. /l (OR – 2.2; 95% CI – 1.10–6.73).

So, with concomitant CVD, severe forms of COVID-19 often develop, requiring hospitalization of the patient in the ICU and worsening his prognosis. In this regard, in all patients, including those with moderate and even mild COVID-19, it is necessary to assess the state of the CCC initially and monitor it in the future.

Conclusion. The pandemic of coronavirus infection COVID-19 (CoronaVirus Disease-2019), which is caused by a new strain of coronavirus – SARS-CoV-2 (severe acute

respiratory syndrome coronavirus-2), has caused a rapid increase in the number of cases and high mortality worldwide.

Since a number of medications used in COVID-19 have a cardiotoxic effect, constant monitoring of hemodynamic parameters, ECG and EchoCG (according to indications) is necessary.

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF PROFESSIONAL ORAL HYGIENE PREVENTION OF CARIES AND PERIODONTAL DISEASES

Esanov B.Y.

Andijan State Medical Institute

Introduction. Currently, the leading role of microflora in the etiology and pathogenesis of inflammatory and destructive processes in periodontitis is generally recognized. The main triggers are the products of the vital activity of microorganisms — toxins and proteolytic enzymes, which not only have a direct damaging effect on tissues, but also indirectly initiate endogenous mechanisms of inflammation.

The development of periodontal diseases is directly dependent on the amount of plaque and the total microbial contamination of the oral cavity and is inversely dependent on the effectiveness of hygiene measures.

Hypersensitivity of teeth is a serious problem, not only medical, but also social, accompanies periodontal diseases with exposure of the necks of teeth and gum recession. This is one of the most common painful conditions that creates a feeling of discomfort in the oral cavity and disrupts its functions. The number of patients complaining of hypersensitivity of teeth is increasing every day.

The most common cause of hyperesthesia is gum recession. In patients with periodontal diseases, as a result of the inevitable exposure of the tooth root, increased tooth sensitivity is noted in 72-98% of cases

The purpose of the study. To study the relationship between oral hygiene and human health.

Methods. Prevention of caries requires an integrated approach, which is carried out in two main directions: the elimination of existing caries in the oral cavity and increasing the resistance of tooth tissues.

The results of the study. As it turned out as a result of a survey study, the population does not attach much importance to oral hygiene, and this is an important component of human health. Many people, even if they observe oral hygiene, make mistakes that entail adverse consequences.

The main tasks of prevention are to eliminate the causes and conditions of the occurrence and development of diseases, as well as to increase the body's resistance to the effects of adverse environmental factors. The main goal of individual prevention of dental diseases is to improve the health of the population, through awareness of the role and importance of hygienic procedures, increasing the level of dental knowledge, developing motivation to preserve dental health.

One of the main tasks of individual prevention of dental diseases is not the promotion of well-known generally accepted measures, without restrictions and additional recommendations, for all populations of the country as a whole, but the improvement of the population of the country, through the improvement of the prevention system by individualizing preventive measures for each individual

Conclusion. The urgency of the problem of the hygienic condition of the oral cavity leading to the development of caries is proved. The causes of caries are insufficient oral hygiene, excessive consumption of carbohydrates, unbalanced nutrition, insufficient awareness of the population on oral care, etc.

A common disease, caries can be prevented by conventional prevention. Prevention of caries includes many methods, the list of which is being updated. Thus, progress does not stand still and affects all spheres, the sphere of medicine in particular. Over time, new methods of treatment and prevention appear. Caries, being over time and the movement of progress.

QANDLI DIABETDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATIDAGI O'ZGARISHLARNING XUSUSIYATLARI VA ULARNING OLDINI OLISH

Esanov B.Yu.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Qandli diabet (QD) bo'lgan bemorlarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining holatini o'rganishning dolzarbligi ushbu kasallikning tibbiy va ijtimoiy ahamiyatiga bog'liq. Diabetes mellitus yurak-qon tomir va onkologik kasalliklardan so'ng uchinchi o'rinni egallaydi va butun dunyo bo'ylab 130dan 180 milliongacha ta'sir qiladi. Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlarga qaramasdan, QD kasalligida progressiv o'sish kuzatildi va asoratlar bemorlarning erta nogironligi va o'limga olib keladi.

QD bilan to'qimalarda metabolik kasalliklar va trofik kasalliklar og'iz organlarining holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. QD bilan stomatologik belgilar ko'pincha asosiy kasallikning umumiy klinik belgilari paydo bo'lishidan oldin paydo bo'ladi, bu muhim diagnostik ahamiyatga ega. Shuning uchun, QD bilan SPR o'zgarishlar xususiyatlarini bilish kasallikning erta bosqichlarini aniqlash, shuningdek, umumiy patologiyaning mahalliy namoyon to'g'ri baholash va davolash va profilaktika chora-tadbirlar tanlash uchun yordam beradi.

Adabiyotda QD ning holati haqida savol bor edi, ammo faqat shilliq qavatning vizual ta'rifi, shuningdek, SD tufayli kelib chiqqan kasalliklarning klinik ko'rinishlari batafsil bayon etilgan. QD bilan og'iz mukozasining morfologik va funktsional xususiyatlari alohida ishlarda berilgan. Shunday qilib, diabet bilan og'rigan bemorlarda spra epiteliyasining sitologik va ultrastruktürel xususiyatlari faqat keksa yoshda tasvirlangan.

Tadqiqotning maqsadi. Morfofunktsional ko'rsatkichlarini baholash va bemorlarning turi, bosqichi, davomiyligi va yoshiga qarab ularning o'zgarishi asosida qandli diabet kasalliklarida SOPR holatini buzishda davolash-profilaktika chora-tadbirlari kompleksini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Birinchi bosqichda biz 50 dan 70 yilgacha bo'lgan bemorlarni tanladik, birinchi bosqichda II turdagi qandli diabet bilan kasallangan 30 kishi quyidagi savollarni o'z ichiga olgan so'rovnomanini o'tkazdi: yoshi, faoliyati, yashash joyi, dori-darmonlardan foydalanish, 9 dietasidan foydalanish, birgalikda kasalliklar, tish shifokoriga tashrif buyurish.

Tadqiqot natijalari. So'rov natijalari va bemorlarning tekshirish bir necha karioz (73%) va nodavlat kariozal zararlanishlar (67%), til (53%), shilliq qavatining yallig'lanishi (33%), Kserostomia (80% tashkil etdi) shaklida og'iz bo'shlig'ida diabet namoyon ko'rsatdi. So'rovda barcha so'ralgan bemorlar (100%) diabet uchun tavsiya etilgan 9 dietasiga mos kelmaydi.

Qandli diabetjiddiy metabolik kasalliklar va periodontal to'qimalarda angiopatiyalarning erta paydo bo'lishi bilan birga keladi, bu periodontal kasallikka olib keladi. Metabolik kasalliklar ko'pincha osteoporoz va osteoliz bilan birga keladi, bu esa periodontal holatni yanada kuchaytiradi.

Aralash tuprikning biokimyoviy tekshiruv natijalari shuni ko'rsatdiki, barcha diabetik bemorlarda tuprikning pH qiymati kislotali tomonga 10% ga o'tadi. Aralash tuprikning kislotali yo'nalishda pH o'zgarishi, karies rivojlanish xavfini oshiradi, blyashka birikmasini faollashtiruvchi, tish go'shti tirnash xususiyati beruvchi, giperemiruetsya va qon ketadi. 90%

bemorlarda glyukoza reaksiyasi ijobiy va 2 martadan oshib ketdi (norma 0,006-0,17 mmol/l) 0,37 mmol/l edi.glyukoza og'irlashtiruvchi omil bo'lib, mikroorganizmlar uchun ozuqa vositasi bo'lib xizmat qiladi.

Bemorlarda karbamid miqdori normaga (5 mmol/l) nisbatan 3,3% ga oshdi, bu ko'rsatkichlar tekshirilayotgan bemorlarning periodontasida yallig'lanish jarayonining zo'ravonligini tavsiflaydi. So'lak alfa amilaz faoliyati 42% , 30% umumiy oqsil bilan ko'paydi.

Xulosa. Shunday qilib, diabet nazorat qilish, oddiy gigiena qoidalariga rioya qilish, tish shifokorlari va periodontologlarda profilaktik tekshiruvlardan o'tish, og'izni parvarish qilish mahsulotlarini tanlashga ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish asosiy kasallik - diabet tufayli kelib chiqqan xavfli og'iz kasalliklari paydo bo'lishining oldini oladi, shuningdek diabetning kompensatsiya sifatini yaxshilashga yordam beradi.

BIOCHEMICAL DEFENSE MECHANISMS IN THE PROCESS OF DEVELOPMENT AGAINST THE BACKGROUND OF TREATMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA

*Gafurova L.M., Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I.
Andijan State Medical Institute*

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

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

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

The results of the study. In patients with AML, there is an imbalance of OS-AOS: deviations from the norm in most cases of MDA content are insignificant before treatment and most noticeable in a state of deep cytopenia. The best recovery of most indicators (except HTG) occurs in patients with AML when used in the treatment of VDHT and autoTGSK— OS-AOS indicators when exiting cytopenia approach those in normal, although no complete recovery is observed. Characteristic of almost all examined patients before, during and after treatment was a significant (40-70%) decrease in the content of HTG erythrocytes.

Conclusions. The results obtained in the work indicate an imbalance of OS-AOS in patients with AML. The AML treatment methods used had no effect on the content of HTG. Since 90% of HTG is glutathione, this indicates a deep depletion of this antioxidant of the primary line of defense against CP. Taking into account the participation of glutathione in many biochemical reactions (reduction of iron from trivalent to divalent form, the ability to bind copper ions, detoxification of peroxide and transport of amino acids through the membrane), attention should be paid to the content of HTG in the selection and evaluation of AML treatment methods, namely, the search for stabilization of this indicator is necessary.

COMPLICATIONS OF SECONDARY IMMUNODEFICIENCY IN PATIENTS WITH
ACUTE LEUKEMIA DIAGNOSIS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF LEUKOPENIA

*Gafurova L.M., Shokirova G.Q., Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. An immunodeficiency condition (IDS) is the inability of the human body to resist foreign antigenic aggression. This condition may be specific in relation to a specific antigen, but it may also be due to a violation of various functions of cells of the immune system.

According to statistical studies, the prevalence of PID is approximately 1 case per 2,000 children, 1 per 1,200 people of any age in the United States (150,000-360000 patients) (1).

Secondary immunodeficiency (TYPE) occurs due to external influences, such as malnutrition, human immunodeficiency virus (HIV), neutropenia or other side effects of certain medications, as well as oncohematological diseases and much more. The species in oncohematology often has a multifactorial etiology associated with both the underlying disease and its treatment, including a wide range of drugs aimed mainly at B cells.

Secondary immunodeficiency occurs in a number of lympho- and myeloproliferative diseases and is therefore important for clinicians of both primary care and specialized care.

Secondary immunodeficiency can be reversible, unlike primary immunodeficiency, if the underlying cause is eliminated.

The purpose of the study. To investigate the features of the functional state of the liver of patients with acute leukemia, depending on the presence of natural inhibitory activity of blood serum against class M immunoglobulins and endogenous intoxication.

Materials and methods of research. This paper presents the data of the examination of 87 patients with acute leukemia who were treated in the hematology department of the Andijan AGMI clinic in the period from 2019 to 2020.

The results of the study. The described clinical observation demonstrates the complexity of the diagnosis of hereditary genetic syndromes in the early stages. In some cases, patients from early childhood are observed by specialists of various profiles with symptoms of the underlying disease, while genetic diagnosis is not carried out and the diagnosis remains unidentified for a long time.

Thus, the diagnosis was confirmed by molecular genetic analysis, which revealed in the homozygous state one of the most frequent mutations of 657del5 - deletion of 5 base pairs (657-661 del ACAA) in the sixth exon of the NBN gene.

The development of acute lymphoblastic leukemia in a patient is a well-known complication of the described genetic syndrome.

The main problem faced by oncologists and hematologists is related to the approaches to the treatment of these patients.

Exposure to chemotherapeutic agents and ionizing radiation only increases the existing chromosomal instability. In patients with defects in the DNA repair system, many studies have demonstrated toxicity associated with chemotherapy. Therefore, a number of medical centers reduce the doses of alkylating drugs (in accordance with individual tolerance) and do not use ionizing radiation as radiation therapy. In addition, the use of X-ray examination methods is sharply limited, they are replaced by other methods of imaging diagnostics (ultrasound and MRI).

In the present observation, no pronounced toxicity was observed during the treatment of the patient. All drugs were administered in full dose, and there were no breaks between courses of inductions and consolidations due to the toxicity of the treatment. A break in treatment for 9 days was associated with the development of severe infectious complications.

The existing congenital immunodeficiency increases the frequency of infectious complications, including during chemotherapy, outside the periods of myelotoxic agranulocytosis, which dictates the need for preventive administration of immunoglobulin preparations, as well as antibacterial therapy, taking into account the identified pathogen of the infectious process.

Conclusion. Thus, clinical signs and phenotypic features in an adult patient with leukemia, as well as the presence of chromosomal instability, allow us to suspect congenital genetic syndromes associated with the development of tumors and determine the appropriate management tactics of the patient.

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

*Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q., Mirzaahmedova I.Z.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The results of the expert assessment are the basis for the development of measures to improve the quality control system and analyze the effectiveness of previously made management decisions.

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

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the ASMI clinic. In the structure of diagnoses, the largest part was chronic lymphocytic leukemia (24.1%), multiple myeloma (23.2%), acute leukemia (21.5%), non-Hodgkin's lymphoma (17.6%), the share of myelodysplastic syndromes (5.6%), chronic myeloid leukemia (6.5%), primary myelofibrosis (1.9%) was lower. Males made up 43.5%, females 56.6%. Concomitant pathology was present in the majority (80.6%) of patients, complications—in more than half (51.8%).

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

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

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

Conclusions. The analysis showed that there are defects in the provision of inpatient hematology care, which have real negative consequences for the condition of patients.

Moreover, in 40.7% of cases, these defects are systemic in nature (i.e. they will be reproduced in the future), which requires the adoption of systemic organizational and managerial decisions.

AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION IN IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA

*Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q., Mirzaahmedova I.Z.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Despite the emergence of new drugs, multiple myeloma (MM) remains an incurable disease. The search for optimal treatment tactics to increase life expectancy, the number and duration of remission in patients with this disease continues. This is facilitated by achieving the maximum possible response and eliminating the residual tumor load (OH). Existing guidelines for the treatment of multiple myeloma endorse the use of autologous hematopoietic stem cell transplantation (autoTGSC) to improve disease control.

The purpose of the study. To determine the effect of AUTOGSC on the effectiveness of treatment and OH in patients with MM.

Materials and methods of research. 89 patients with multiple myeloma MM were examined (median age 58 years; male/female ratio — 1.12: 1). Induction therapy with bortezomib-containing programs (VD, CVD, VMP, PAD) was performed in 62/89 (69.6%) cases, immunomodulator-containing programs (Thal + D, RD, VRD, PomD) — in 22/89 (24.8%) cases, chemotherapy — in 4/89 (5.6%) cases.

The results of the study. Gender, age, and the option of induction anti-myeloma therapy did not affect the response rate and tumor load. A complete response (PO) was achieved in 28/89 (31.4%) cases before AUTH and in 50/89 (56.2%) cases after AUTH. High-dose chemotherapy (Mel200) and AUTOGSC made it possible to increase the frequency of achieving PO in dynamics: before AUTOGSC 5/29 cases (17.2%), after AUTOGSC-in 13/29 cases (44.8%) ($p < 0.05$). The tumor load after 4-6 cycles of induction therapy ($n = 79$) was 0.28 ± 0.34 for PO and strictly complete response (sPO), 1.65 ± 2.66 for a very good partial response (OHR), 2.10 ± 2.53 for partial response (CHO). The tumor load after high-dose therapy (Mel200) and AUTOGSC was 0.06 ± 0.07 for PO and sPO, 0.15 ± 0.46 for OHC, 0.17 ± 0.22 for CHO. The effect of AUTOGSC on non-progressive survival (BPV) was evaluated in 39 patients. The median BPV was 97 months in the group "HE after AUTOGSC 0.01%" and 25 months "HE without AUTOGSC $> 0.01\%$ " ($p = 0.006$). The determination of OH in dynamics in 29 patients showed that AUTOGSC reduces the level of OH (before AUTOGSC— 2.27 ± 0.20 , after AUTOGSC— 0.14 ± 0.01). Reduction of tumor load to < 0.05).

Conclusion. High-dose chemotherapy followed by autologous hematopoietic stem cell transplantation makes it possible to increase the effectiveness of therapy, reduce the tumor burden and increase the duration of non-aggressive survival in patients with multiple myeloma.

BACHADON BO'YNI UMURTQA POG'ONASI TRAVMATIK SHIKASTLANISHLARINING RADIATSION DIAGNOSTIKASI

*Homidva G.J.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Orqa miya jarohatlari chastotasi bo'yicha oyoq-qo'llarning shikastlanishidan keyin ikkinchi o'rinda turadi va osteoartikulyar apparatlar shikastlanishining

10-26% ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, 50% dan ortiq hollarda o'murtqa yoriqlar nogironlikka olib keladi, ularning birlamchi nogironlik tarkibida ulushi 4,9 dan 18,7% gacha. Jabrlanganlarni davolash samaradorligini oshirishga faqat klinik va radiologik tekshiruv ma'lumotlarini har tomonlama tahlil qilish orqali erishish mumkin.

Tadqiqot maqsadi. Orqa miya jarohati oqibatlarini bo'lgan bemorlarda radiodiagnozni yaxshilash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Muammoni hal qilish uchun davolanish uchun murojaat qilgan bachadon bo'yni spondiloz bilan og'rigan 60 nafar bemorni tanladik.

Tadqiqot natijalari. Orqa miya shikastlanishini aniqlashning asosiy usuli ikkita asosiy proektsiyada spondilografiya edi. Tadqiqot barcha 46 (100%) bemorda shu bilan boshlandi. Oddiy rentgen nurlari 15% hollarda (7 kishi) umurtqali tanalarning sinishini, 26% hollarda (12 kishi) umurtqalarning subluksatsiyasini, 36% hollarda (17 kishi) umurtqali tanalarning dislokatsiyasini aniqlashga imkon berdi. odamlar), umurtqa pog'onasining shikastlanish darajasini aniqlash uchun mos ravishda 23% hollarda (10 kishi) vertebra jarayonlarining dislokatsiyasi.

Agar bachadon bo'yni umurtqasining ligamentli apparati shikastlangan shikastlanishga shubha qilingan bo'lsa, 82,6% hollarda (38 kishi) funktsional rentgenografiya o'tkazildi, rentgenografiya maksimal fleksiyon va kengayish fazalarida olingan. Ushbu tadqiqot umurtqali siljishi 1-2 mm dan ortiq bo'lgan 29 kishida (63%) vertebral beqarorlikni aniqladi.

Kompyuter tomografiyasi (KT) 36 (78%) bemorda o'tkazildi, bu orqa miya kanali devorlarining holatini, intra- va paraspinal to'qimalarni, tanalarning sinishi, umurtqa yoylari va jarayonlarini o'rganish imkonini berdi. Kompyuter tomografiyasiga ko'ra, 80,4% hollarda (37 bemor) travmatik churra intervertebral disklar, 56% hollarda (26 bemor) epidural va subaraknoid bo'shliqlarda gematomalar, 34 holatda (16 kishi) - umurtqa pog'onasining siljishi tashxisi qo'yilgan. orqa miya.

Orqa miya shikastlanishining aniqroq ta'rifi uchun 24 bemor (52%) kontrast moddani subaraknoid bo'shliqqa kiritish, ya'ni miyelografiya bilan birgalikda kompyuter tomografiyasidan o'tkazildi. Ushbu tadqiqot usullarining kombinatsiyasi orqa miya sirtini batafsil tekshirishni ta'minladi, uning diametrini turli bo'limlarda o'lchash, dural qopning hajmi va konfiguratsiyasi va intervertebral teshiklardagi qobiqlarga kiradigan nerv ildizlari.

Keyingi reabilitatsiya choralari masalasini hal qilish uchun vertebra tasvirini uch o'lchovli qayta tiklash maqsadida operatsiyadan keyingi davrda 14 (30,4%) bemorda volumetrik rekonstruksiya qilish imkoniyati bilan spiral kompyuter tomografiyasi o'tkazildi.

Magnit-rezonans tomografiya (MRI)

52% hollarda diagnostikada foydalaniladi (24 bemor). Ushbu tadqiqot usuli miyelografiyasiz bo'yinning yumshoq to'qimalarining holati, intramedullar qon ketishining tasviri, turli proektsiyalarda orqa miya tasvirlari haqida qo'shimcha qimmatli ma'lumotlarni olish imkonini berdi. Travmatik churralar 19,5 (9 kishi), 34,7% hollarda (16 kishi) epidural gematomalar aniqlangan. Shuni ta'kidlash kerakki, reabilitatsiya davrida magnit-rezonans tomografiya 80% hollarda (37 bemor) travmadan keyingi kistalarni tashxislash imkonini berdi.

Xulosa. Shunday qilib, radiatsiya diagnostikasining zamonaviy usullaridan foydalanish bachadon bo'yni umurtqa pog'onasining o'tkir shikastlanishi bo'lgan bemorlarda jarrohlik aralashuvlarga differentsial yondashish imkonini beradi va operatsiyadan keyingi va tiklanish davrlarida nazorat diagnostika tadqiqotlari individual reabilitatsiya chora-tadbirlar algoritmini tuzishga imkon beradi. , bu o'z navbatida birlamchi nogironlikni kamaytirish va reabilitatsiya imkoniyatlarini kengaytirishga yordam beradi.

SIYDIK-TOSH KASALLIGINING KOMPLEKS NUR DIAGNOSTIKASI

*Homidva G.J.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Urolitiyoz (UCD) eng keng tarqalgan urologik kasalliklardan biridir. Masofaviy yoki ekstrakorporeal nefro- va ureterolitotripsi usulining klinik amaliyotga joriy etilishi buyrak va siydik yo'llarining toshlari uchun jarrohlik aralashuvlar sonini sezilarli darajada kamaytirdi, ammo o'tkir obstruktiv va apostematöz pielonefrit kabi asoratlarning rivojlanishi tufayli ularning chastotasi hali ham yuqori. , paranefrit, shuningdek, o'tkir buyrak etishmovchiligi. Bunday holda, tez-tez asoratlarning boshlanishi sharoitida urolog jarrohning yuqori jarrohlik texnikasini talab qiladigan shoshilinch jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirish uchun ko'rsatmalar mavjud.

Tadqiqot maqsadi. Murakkab radiologik tekshirish algoritmlarini qo'llash asosida urolitiyozning ultratovush diagnostikasi samaradorligini oshirish.

Tadqiqot usullari. Biz urolitiyozning turli xil jarrohlik davolash usullaridan o'tgan 50 nafar bemorni kuzatdik: masofaviy litotripsiya, teri orqali nefrolitotripsiya, kontaktli uretrolitotripsiya va an'anaviy operatsiyalar. Operatsiyadan keyingi kuzatuv davri bir necha oydan 10 yilgacha davom etdi.

Tadqiqot natijalari. Toshlarini aniqlashda ultratovushning samaradorligi ularning joylashgan joyiga bog'liq. Tosh siydik yo'llarining pastki uchdan bir qismida joylashganida, usulning aniqligi 97,5%, sezuvchanlik - 97,8%, o'ziga xoslik - 87,5%. Tosh siydik yo'llarining o'rta uchdan bir qismida joylashganida, usulning aniqligi 84,4%, sezuvchanlik - 80,0%, o'ziga xoslik - 83,3% ni tashkil qiladi. Tosh ureterning yuqori uchdan bir qismida joylashganida, usulning aniqligi 91,8%, sezuvchanlik - 92,9%, o'ziga xoslik - 85,7% ni tashkil qiladi.

Siydik chiqarish kanali devorining shishishi va periureteral shishning mavjudligi bemorni davolash taktikasini aniqlaydi - jarrohlik muolajalar oldidan profilaktik yallig'lanishga qarshi terapiyani tayinlash.

Pyelektazi, gidronefrotik transformatsiya va buyrak parenximasining shishishi ultratovush diagnostikasi uchun tosh siydik yo'llarining pastki uchdan bir qismida joylashganida kamroq ahamiyatga ega, ammo ularning diagnostik ahamiyati siydik yo'llarining yuqori va o'rta qismlarida toshlarning lokalizatsiyasi bilan ortadi.

Siydik chiqarish yo'llarining ultratovush tekshiruvini transabdominal, intrakorporeal usullardan kompleks foydalanish va siydik yo'llarining emissiyasini aniqlash asosida amalga oshirilishi kerak. Ureterni yaxshiroq ko'rish uchun o'rganilayotgan hududning maksimal siqilishini ta'minlash kerak.

Utererolitiyozni tashxislashda ultratovush tekshiruvini oddiy rentgenografiyadan ustundir. Ultratovush foydasiga har qanday lokalizatsiyaning ureterolitiazini uchun usullarning aniqligi, sezgirligi va o'ziga xosligi ko'rsatkichlari o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq mavjud, shuning uchun bu usul ureterolitiaz uchun majburiy bo'lishi va bemorni tekshirishning dastlabki bosqichida qo'llanilishi kerak.

Xulosa. Siydik-tosh kasalligi uchun jarrohlik davolashdan o'tgan bemorlarning dinamik ultratovushli monitoringini o'tkazish haqli ravishda kuzatishning asosiy va o'ta qimmatli usullaridan biridir.

**DIFFUZLI TOKSIK BUQOQ KASALLIGINI DAVOLASHDA
VITAMINLI FITOTERAPIYANING SAMARADORLIGI BAHOLASH**

¹Ibatova Sh.M. ²Muxamadiyev N.Q.

¹Samarqand Davlat Medisina Universiteti. ²Samarqand Davlat Universiteti.

Dolzarblik. Inson organizmining mo'tadil o'sishi va rivojlanishi uchun oziq-ovqat rasionida yod elementining etarli miqdorda bo'lishi zarur. Yod etishmasligi natijasida qalqonsimon bez funktsiyasining o'zgarishlari kuzatiladi va turli kasalliklar paydo bo'ladi. Ilmiy adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra diffuzli toksik buqoq kasalligining kelib chiqishi ichak so'rilish funktsiyasining buzilishi bilan bevosita bog'langan. Shuning uchun ham buzilgan ichak so'rilish funktsiyasini tiklash orqali organizmda yod etishmovchiligini muvozanatga keltirish mumkinligi borasida ilmiy fikrlar paydo bo'layapti. Bu esa diffuzli toksik buqoq kasalligini davolash tadbirlarini ishlab chiqishda juda muhim va dolzarbdir.

Ishning maqsadi. Diffuzli toksik buqoq kasalligini davolashda ichakning so'rilish funktsiyasini tiklashga imkon beradigan vitaminli fitoterapiyaning samaradorligi baholash. Materiallar va tadqiqot usullari. Samarqand davlat medisina universiteti endokrinologiya kafedrasida tadqiqotlar amalga oshirildi. Tadqiqotlarga 36 nafar diffuzli toksik buqoq bilan kasallangan 17-22 yoshdagi qizlar jalb qilindi.

Barcha bemorlarda kasallik va uning darajasini aniqlash hamda davolash tadbirlari samaradorligi baholash uchun klinik-laborator, biokimyoviy (TTG, T3, T4), instrumental (UTT) va mikrobiologik tekshirishlar o'tkazildi. Olingan natijalar $R=0,95$ da statistik qayta ishlandi.

Tadqiqot natijalari va ularning muxokamisi. Bemorlar 2 guruhga ajratildi:

I guruh (16 nafar bemor) - an'anaviy usulda (yodli preparatlar bilan davolanganlar),

II guruh (20 nafar bemor) – vitaminli fitoterapiya usulida davolanganlar.

Vitaminli fitoterapiya V guruhdagi vitaminlar va andiz o'simligining tomiridan tayyorlangan ko'kindan iborat bo'lib (Abu Ali ibn Sino, Tib qonunlari 2-tom), kasallik darajasiga qarab 5 kundan 10 kungacha buyurildi.

Har ikkala guruh bo'yicha davolash natijalari quyidagilar:

I guruhdagi (16 nafar) bemorlardan davolanganga qadar I darajali bemorlar soni -5 tani, II darajali – 11 tani tashkil etdi, davolangandan keyin esa I darajali bemorlar soni - 9 tani, II darajali 5 tani va to'liq davolanganlar soni 2 tani tashkil etdi.

II guruhdagi (20 nafar) bemorlardan davolanganga qadar I darajali bemorlar soni - 7 tani, II darajali – 13 tani tashkil etdi, davolangandan keyin I darajali bemorlar soni - 8 tani, II darajali bemorlar aniqlanmadi va to'liq davolanganlar soni 12 tani tashkil etdi.

Ushbu keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, I guruhda to'liq davolanganlar 12,5 % ni, II guruhda esa 60,0 % ni tashkil etgan.

Xulosa. Shunday qilib, diffuzli toksik buqoq bilan xastalangan bemorlarni davolashda ular ichagining buzilgan so'rilish funktsiyasini vitaminli fitoterapiya yordamida tiklab, yodning organizmga so'rilishini tiklash yuqori samaradorlikni namoyon qiladi.

**CONVENTIONAL DMARDS AND THE RISK OF CARDIOVASCULAR DISEASES
IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CLINIC BASED CASE
CONTROL STUDY**

*Ibragimov K, Ziyadullayev Sh.X.
Samarkand State Medical University*

Introduction. Cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis is considered to be the leading cause of death. Compared to the general population people with RA have a significantly increased risk of cardiovascular morbidity as well as mortality. There is a lack of evidence for a concise explanation for the elevated cardiovascular risk, however, several causes have been hypothesized. The first and the most reliable is an elevation in the prevalence of established cardiovascular risk factors, such as diabetes, hypertension and high blood cholesterol level. And lastly, there is evidence that RA as a disease may be responsible for increased cardiovascular morbidity and mortality, either because of a reduction in functional capacity or as a result of different inflammatory processes. A recent and growing amount of evidence suggests that atherosclerosis has inflammatory characteristics of disease. Although, these studies showed conflicting evidence between CVD morbidity and mortality in patients treated with methotrexate.

The purpose of the study. The present study examines the associations between cardiovascular diseases and the utilization of conventional DMARDs.

Materials and methods. Data from a total of 246 RA patients registered between 2008-2019 were included in the present study. The sample of patients was randomly derived from 1st Clinic of Samarkand State Medical University. Criteria for the inclusion in the study were the age 19-80 years, RA meeting the criteria suggested by the ACR, duration of illness over 6 months and active illness. We utilized Students' t-tests and Pearson's Chi-square tests.

Results. The patients in the main group (cases) were significantly older ($p < 0.001$). Also, they had a longer duration of RA ($p < 0.001$) and were more likely to have a positive rheumatoid factor test ($p = 0.05$). DMARDs usage was also different between the cases and controls. The number of DMARD naive patients and those who never used methotrexate or SSZ was also higher among cases compared to controls ($p < 0.001$, for each respectively). Lastly, the cases more frequently had hypertension and increased blood cholesterol levels ($p < 0.001$ and $p = 0.01$ respectively). Patients who received only methotrexate had a significantly shorter RA duration ($p < 0.01$) and a higher percentage of diabetics ($p < 0.01$) and hypertension ($p = 0.02$).

The second model, additionally adjusted for hypertension, diabetes and hypercholesterolemia showed significant risk reductions for CVD only among those who had received methotrexate and SSZ in combination. Interestingly, in the last model, corrected for rheumatoid factor showed significant CVD risk reduction for all three DMARD groups. This third model quantified the ORs for having positive rheumatoid factor test (OR 2.47 (95% CI 1.21 to 5.88) showing an elevated CVD risk among respective RA patients.

This study demonstrates a protective role of the DMARDs use for the risk of cardiovascular diseases. Furthermore, it demonstrates that rheumatoid factor increases the risk for CVD among RA patients. As an advantage, this study explored the role of not only several CVD-related factors but also RA specific variables in the development of CVD. The results of the present study show that the use of other conventional DMARDs, particularly sulfasalazine, is also associated with a reduction in the risk of cardiovascular disease, supporting the hypothesis that the reduction in inflammation is important for reducing the risk of cardiovascular disease. Also, our evidence suggests the link between inflammation and the risk of cardiovascular disease is supported by the observation that the rheumatoid factor positive is associated with cardiovascular disease.

Conclusions. RA patients treated with methotrexate, have shown a lower risk for cardiovascular morbidity when compared with RA patients who were never treated with sulfasalazine or methotrexate. We hypothesize that patients treated with methotrexate, and those with SSZ to a lesser extent may be associated with less severe atherosclerotic inflammation which results in a decreased risk of CVD.

XIMOPSINNING METRONIDAZOL VA GENTAMITSINNING TRICHOMONATSID VA ANTIBAKTERIAL FAOLLIGIGA TA'SIRI

*Ibragimov U.S., Toshev. S.O'.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti*

Mavzuning dolzarbligi: So'nggi yillarda turli infeksiyalarni davolashda va yallig'lanishga qarshi mukolitik ta'sirga ega bo'lgan, shuningdek, tananing o'ziga xos va nonspesifik qarshiligini yaxshilaydigan preparatlar qo'llanilmoqda. Ushbu preparatlarga hayvonlar va bakteriyalardan kelib chiqadigan proteolitik fermentlar va keng mahalliy keng qo'llaniluvchi ximopsin preparati kiradi. Tibbiyotning turli sohalarida qo'llanganda uning ijobiy ta'siri ko'plab olimlar tomonidan qayd etilgan, ammo u urogenital trichomoniasisni kompleks davolashda qo'llanilmagan.

Tadqiqot maqsadi: Ximopsin ilgari metronidazol bilan birgalikda ishlatilmaganligini hisobga olib, aerob sharoitda ximopsin borligida metronidazolning trichomonatsid faolligini in vitro aniqlash o'tkazildi. Aniqlanishicha, metronidazolning ximopsin bilan minimal ta'sir konsentratsiyasi 0,1-5,0 mkg/ml, ximopsin preparatisiz esa 1,0-10,0 mkg/ml bo'lgan, ya'ni ximopsin metronidazolning trichomonatsid faolligini 2-10 marta oshiradi. ($p < 0,05$).

Tadqiqot materiallar va usullari: Yallig'lanishni rivojlanishini oldini olishda vaginal floraning muhim rolini hisobga olgan holda, trichomonas yallig'lanish jarayonining patogenetik mexanizmlariga to'liq ta'sir qilish uchun fermentlarni antibiotiklar bilan birgalikda qo'llash maqsadga muvofiq deb topildi. Chunki ximopsin ko'plab antibakterial vositalarning ta'sirini kuchaytiradi. Bu ferment nekrotik jarayonlarni, denaturatsiyalashgan oqsillarni faol ravishda parchalash va suyultirish, mikroorganizmlar uchun ozuqa muhitini yo'qotish va mikroob hujayrasi bilan yaqin aloqada bo'lish uchun yallig'lanish joyiga mikroblarga qarshi vositalarning kirib borishini yaxshilash qobiliyatiga egadir. Shuningdek, ximopsin immunostimulyator ta'sirga ham ega. Ximopsin va gentamitsinni birgalikda qo'llashdan oldin in vitro tajribalari o'tkazildi, unda fermentning gentamitsinning mikroblarga qarshi faolligiga ta'siri o'rganildi. Aniqlanishicha, ferment antibiotikning faolligini kuchaytirgan, chunki gentamitsin sulfat ta'siri natijasida o'sish zonalarini o'rtacha $20,9 + 0,9$ mm, ximopsin bilan qo'llanilganda esa $-25,4 + 0,9$ mm ($p < 0,01$) o'zgarganini ko'zatkik.

Tadqiqot natijalari: mikrobiologik tekshirishda ximopsin metronidazolning trichomonatsid faolligini va gentamitsinning antibakterial ta'sirini kuchaytiradi.

Xulosa: Metronidazol bilan kompleksda 0,1% gentamitsin bilan ximopsin birikmalari posttrichomonas yallig'lanishi uchun sham shaklida mahalliy davolash sifatida ishlatilishi mumkin.

ERKAKLARDA GIPERTENSIYON BOSHLABCHI BOSQINCHI DIAGNOSTIKASIDA BAHOLASH

*Isakova D.Z.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarblik. Tarqalishi va yurak-qon tomir asoratlari rivojlanishiga ta'siri tufayli arterial gipertenziya (AG) zamonaviy kardiologiyaning eng dolzarb muammolaridan biridir. Yosh mehnatga layoqatli yoshdagi odamlarda gipertoniya bilan kasallanishning ko'payishi alohida tashvish uyg'otadi, yoshlar gipertoniya kasalligini tashxislash nuqtai nazaridan murakkab

guruh bo‘lib, bu yoshlardagi gipertenziyaning o‘ziga xos bo‘lmagan klinik ko‘rinishlari va o‘tkinchi tabiati bilan bog‘liq. kasallikning boshida qon bosimining ko‘tarilishi (BP). Yoshlarda gipertenziya bir qator xususiyatlarga ega bo‘lib, ular vegetativ buzilishlar, giperkatekolaminemiya va yuqori reninli gumoral profil bilan bog‘liq deb ishoniladi, ammo bugungi kunda diagnostika va, demak, davolash va oldini olishda ko‘plab muammolar mavjud. qon bosimi ko‘tarilgan yosh bemorlar.

Tadqiqot maqsadi: boshlang‘ich gipertenziyasi bo‘lgan yosh va o‘rta yoshdagi erkaklarda qon tomir yoshining ahamiyatini aniqlash va uning arterial gipertenziya davomiyligi bilan bog‘liqligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. ADTI klinikasida 39,2±6,7 yoshli 125 nafar erkak tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Klassik usul bo‘yicha tekshirish paytida shikoyatlar, kasallik va hayot tarixi, ob‘ektiv tekshiruv ma‘lumotlari tahlil qilindi.

Gipertenziya bilan og‘rigan bemorlarning ko‘pchiligi boshning turli joylarida bosh og‘rig‘iga ega (85%); bosh aylanishi, zaiflik, izolyatsiyada ko‘rish buzilishi ancha kam uchraydi (15% gacha) sezilarli guruh ichidagi farqlarsiz. Nazorat guruhidan uzoq muddatli AH bo‘lgan bemorlargacha bo‘lgan guruhlarda yurak-qon tomir kasalliklari (KVH) va 2-toifa diabetning og‘ir anamnez chastotasining ortishi tendentsiyasi kuzatildi ($p > 0,05$). Guruhlarda muntazam chekish bilan ham xuddi shunday tendentsiya kuzatildi. Alimantar semirishning sifat va miqdoriy belgilari I va II guruhlarda nazorat guruhiga qaraganda sezilarli darajada tez-tez aniqlandi (BMI - $p = 0,004$; bel atrofi (WC) $p = 0,01$; semirish chastotasi $ch_2 = 15,6$, $p = 0,015$). Qon bosimini (BP) idoraviy baholashda uning sistolik va diastolik komponentlari (SBP va DBP) nazorat bilan solishtirganda AH ($p < 0,001$) bo‘lgan guruhlarda sezilarli darajada yuqori bo‘lishi kutilgan edi.

Xulosa. Arterial gipertenziyaning uzoq davom etishi, hatto gipertenziyaning dastlabki bosqichlarida ham, uglevod va lipid almashinuvining buzilishi, buyrak funksiyasining buzilishi bilan bog‘liq bo‘lib, bu ko‘rsatkichlarni dastlabki tekshirish vaqtida va dinamikada kuzatishni talab qiladi.

Qon tomir yoshining yuqori baholangan ko‘rsatkichlari bemorlarda arterial gipertenziya davomiyligi bilan aniq bog‘liqdir, shuning uchun bu integral ko‘rsatkich kundalik klinik amaliyotda kasallikning prognozini baholash uchun juda mos keladi.

Qon tomir yoshi yurak-qon tomir tizimidagi aterosklerotik o‘zgarishlar, shuningdek, jigarning yog‘li degeneratsiyasi bilan o‘zaro bog‘liq bo‘lib, bu ko‘rsatkichni nafaqat yurak va katta tomirlarning funktsional holatini izolyatsiya qilingan baholash uchun, balki yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida ham qo‘llash imkoniyatini ko‘rsatadi. butun organizmning darajasi.

TURLI QAND MIQDORINI PASAYTIRUVCHI DAVOLASH USULLARI FONIDA 2-TOIFA QANDLI DIABETLI BEMORLARDA YURAK-QON TOMIR XAVFI DINAMIKASI

Isakova D.Z.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Qandli diabet (QD) Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (VOZ) mutaxassislari tomonidan yuqumli bo‘lmagan epidemiya sifatida e‘tirof etilgan bo‘lib, uning yuqori darajada tarqalishi va tarqalishi tufayli zamonaviy jamiyatning jiddiy tibbiy va ijtimoiy muammosidir.

JSST hisob-kitoblariga ko‘ra, 2000 yilda dunyoda qandli diabet bilan kasallanganlar soni 2010 yilga kelib 151 million kishini tashkil etgan. ularning soni 221 millionni, 2025-yilga borib esa 300 millionni tashkil etadi. 2-toifa qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari (YQTK) umumiy aholiga qaraganda tez-tez uchraydi. Shunday qilib, 2-toifa qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari (YQTK) tarqalishi 2-4 baravar yuqori, o‘tkir miokard infarkti (O‘MI) rivojlanish xavfi 6-10 baravar va

miya qon tomirlari (MI) xavfi. SD bo'lmagan shaxslarga nisbatan 4-7 baravar yuqori. Framingham tadqiqotida 20 yil davomida 5209 kishining kuzatuviga ko'ra, 2-toifa diabetga ega bo'lmagan erkaklarda 1000 kishiga koronar arteriya kasalligi bilan kasallanish darajasi 14,9 ni, diabet borligida esa 24,8 ni tashkil etdi. Ayollar uchun bu ko'rsatkichlar mos ravishda 6,9 va 17,8 ni tashkil etdi.

Ko'pgina tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, 2-toifa diabet bilan og'riqan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari o'limning asosiy sababidir. Shunday qilib, xuddi shu Framingham tadqiqotidan olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, yurak-qon tomir kasalliklaridan (YQTK) yillik o'lim 1000 kishiga to'g'ri keladi. QD bo'lmagan erkaklar va ayollar uchun mos ravishda 8,5 va 3,6 ni tashkil etdi va birgalikda QD bilan og'riqan bemorlarda 17,4 va 17,0 gacha ko'tarildi.

QD ning asosiy belgisi bo'lgan surunkali giperglikemiya DM bilan og'riqan bemorlarda yurak-qon tomir tizimi (YQT) shikastlanishining paydo bo'lishi va rivojlanishi uchun mustaqil xavf omili bo'lib, shunga mos ravishda gipoglikemik terapiyaning yanada samarali usullarini izlashni talab qiladi.

Tadqiqot maqsadi. 2-toifa diabet va yurak-qon tomir kasalliklarining asoratlari xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda og'iz orqali gipoglikemik dorilar bilan standart terapiya bilan solishtirganda salbiy klinik natijalar xavfi uchun insulin glarginini qo'llashga asoslangan erta intensiv gipoglikemik terapiya taktikasini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz bemorlarni gipoglikemik terapiya, klinik tekshiruv va tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarni davolash uchun tanlaymiz. Biz klinik, laboratoriya va instrumental tekshirish usullarining ko'rsatkichlarini baholaymiz, yurak-qon tomir kasalliklarining kuchayishi va 2-toifa diabetning klinik kursining yomonlashishi sababli bemorlarni kasalxonaga yotqizish protokollarini tahlil qilamiz va olingan ma'lumotlarni statistik qayta ishlaymiz.

Tadqiqot natijalari. Ushbu tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, insulin glarginini (Lantus) PSSP bilan birgalikda qo'llagan holda erta insulin terapiyasini qo'llash bemorlarning ko'pchiligida (78,6%) ($HbA1c < 6,5\%$) uglevod almashinuvi kompensatsiyasiga erishishga olib keladi. Bundan tashqari, ilgari insulin glargin va PSSP yordamida intensiv gipoglikemik terapiya 2-toifa diabet va yurak-qon tomir kasalliklari xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda xavfsiz qo'llanilganligi ko'rsatildi, chunki kombinatsiyalangan terapiya fonida tadqiqot davomida yuzaga kelgan gipoglikemik holatlar engil xarakterga ega edi. va ongni yo'qotish bilan birga bo'lmagan. , CVD klinik kursining yomonlashishiga olib kelmadi va shirin taomni ozgina iste'mol qilish bilan to'xtatildi. O'lim va yurak-qon tomir kasalliklarining asoratlari tahlili shuni ko'rsatdiki, insulin glargin va PSSP bilan intensiv gipoglikemik terapiya nazorat guruhlari bilan solishtirganda yurak-qon tomir kasalliklaridan o'lim va asoratlarni, shu jumladan miyokard infarkti va insultni ko'payishiga olib kelmadi.

Xulosa. 24 oy davomida insulin glargin va og'iz gipoglikemik dorilar bilan intensiv gipoglikemik terapiyani qo'llash. Kuzatishlar uglevod almashinuvi uchun kompensatsiyaga erishishga yordam berdi ($HbA1c < 6,5\%$) bemorlarning 78,6 foizida, og'iz orqali gipoglikemik dorilarni qo'llash bilan nazorat guruhida - bemorlarning 33,3 foizida.

2-toifa qandli diabet va yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'riqan bemorlarda insulin glarginini qo'llash fonida venoz qon plazmasida ($< 6,0$ mmol / l) ochlik glikemiyasining maqsadli ko'rsatkichlariga 75,9%, kapillyar qonda - yilda erishildi. 66, 7% bemorlar, nazorat guruhida - mos ravishda 38,5% va 10,5% bemorlar.

Insulin terapiyasi qon lipidlarining yaxshilanishiga olib keladi (umumiy xolesterin va juda past zichlikdagi lipoproteinlarning kamayishi) va kilogramm ortishiga hissa qo'shmaydi.

EPIDEMIOLOGY UNSTABLE ANGINA

Ismailov I.I.

Andijan State Medical Institute

The purpose of the study: to study the epidemiological data on unstable angina.

Materials and research methods. To solve the tasks, we examined 35 patients diagnosed with coronary artery disease.

Research results. Although these methods allow estimation of the distribution of patients with anginal syndrome in the population, an accurate diagnosis of true angina pectoris (i.e., chest pain caused by changes in the coronary arteries) requires documented confirmation of myocardial ischemia due to the limited accuracy of symptoms - predictors of coronary artery disease.

Several studies in different cohorts of patients have shown that the annual rate of uncomplicated angina is about 0.5% in Westerners over the age of 40, although geographical variations are evident. For example, the incidence of angina was 0.54% in Belfast (Northern Ireland) and only 0.26% in France. This geographic variability has also been confirmed in recent studies showing that the incidence of angina pectoris corresponds to the rate of death from coronary artery disease. In general, the picture may look like this: in most European countries, from 20,000 to 40,000 new angina patients appear every year. The prevalence of angina pectoris increases with age among both sexes. At the age of 45-54 years, the incidence of angina pectoris is about 2-5%, while at the age of 65-74 years it is 10-20%.

The prevalence of chronic CAD, however, is much higher and is due to the frequent absence of pain in patients with stable or stabilized CAD. Interestingly, the prevalence of angina over several decades and around the world appears to be slightly higher among women than among men, with an average ratio of 1.2.

These data refer to the assessment of symptoms only, while a definite diagnosis of obstructive atherosclerotic coronary disease among patients with angina pectoris is established more often in men than in women. Indeed, among patients with retrosternal pain suspected of myocardial ischemia, who undergo coronary angiography, 10-30% have normal or almost normal (slightly altered) coronary arteries. 70-80% of them are women.

Conclusion. Some studies suggest that angina pectoris is associated with the same risk of cardiovascular events in men and women, but the WISE study showed that the risk of major coronary events (SCD, acute MI) is lower in women with angina pectoris without obstructive coronary artery disease.

**JIGARNING SURUNKALI DIFFUZA KASALLIKLARIDA XOLESTAZ:
PATOGENEZI, DIFFERENTIAL TASHHISI, PROGNOSTIK AHAMIYATI,
DAVOSI.**

Ismailov I.I.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, xolestaz safro sintezi, sekretsiyasi va chiqishining buzilishi sifatida tushuniladi. Intrahepatik xolestaz surunkali jigar kasalliklari sindromlaridan biri (gepatit, turli etiologiyali siroz, metabolik kasalliklar, jigar o'smalari jarayonlari, birlamchi biliar sirroz) yoki mustaqil jarayon (dorilar bilan qo'zg'atilgan xolestaz, yaxshi takrorlanadigan oilaviy xolestaz, homiladorlik xolestazi) bo'lishi mumkin. .

Hozirgi bosqichda, odamlarda xolestatik jigar kasalliklarida gepatobiliar transportning molekulyar mexanizmlarini yanada o'rganish katta qiziqish uyg'otadi, chunki jigar transport tizimlarining buzilishi haqida biz ilgari bilgan narsalarning aksariyati xolestazning hayvonlar modellarini o'rganish orqali olingan.

Tadqiqot maqsadi o'rganilayotgan ichki kasalliklar sohasidagi munozarali va hal qilinmagan muammolar asosida tuzilgan.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ish materiallari terapevtlar, gastroenterologlar va gepatologlar tomonidan ambulator va statsionar sharoitlarda qo'llanilishi mumkin va bemorlarni boshqarish va davolash sifatini oshirishga imkon beradi. Amaliy qo'llash uchun AIH/PBC xoch sindromi bilan og'rigan bemorlarni uning variantiga qarab davolashning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish, shuningdek, qondagi bilirubin darajasiga qarab terapiyaga javob berish va bu bemorlarning omon qolishini taxmin qilish taklif etiladi. sarum.

Tadqiqot natijalari. ALD ning xolestatik shakli bo'lgan bemorlarda va PBC bilan og'rigan bemorlarda BSEP tashuvchisi oqsilining deyarli o'zgarmagan faolligi fonida jigar to'qimalarida OATP2 gepatobiliar tashuvchisi faolligining pasayishi, bir tomondan, bazolateral organik shikastlanishdan dalolat beradi. ALD bilan og'rigan bemorlarda alkohol ta'sirining o'tkir bosqichida anion tashuvchilar va boshqa tomondan, bu xolestazda jigarda toksik safro tarkibiy qismlarining to'planishini cheklovchi himoya mexanizmini aks ettiradi, bu bazolateral transport tizimlarini bostirish va kanalikulyar eksport nasoslarini ushlab turish orqali. boshlang'ich darajasi.

Xolestatik ALD bilan og'rigan bemorlarda jigar to'qimalarida OATP2 faolligini normallashtirish, shuningdek, UDCA terapiyasi paytida PBC bilan og'rigan bemorlarda jigar to'qimalarida BSEP faolligini oshirish ushbu preparatning bazolateral FA tashuvchilari va kanalikulyar eksport nasoslari ifodasini rag'batlantirish qobiliyatini ko'rsatadi. , shu bilan gepatotsitda safroning toksik tarkibiy qismlarini xolestaz bilan to'plashni cheklaydi va xolestatik jigar kasalliklarida ushbu preparatning yuqori samaradorligini ko'rsatadi.

Xolestatik ALD bo'lgan bemorlarda jigar to'qimalarida xolestaz belgilarining sarum darajasi (AP, GGTP, OB, FA) va OATP2 faolligi o'rtasidagi teskari bog'liqlik, zardobdagi AP va FA darajalarining OATP2 va jigar to'qimalarida BSEP faolligi bilan teskari bog'liqligi aniqlangan. PBC va dinamika UDCA davolash fonida ushbu ko'rsatkichlar gepatobiliar transport tizimlari holatining yuqori klinik ma'lumotlilikini ko'rsatadi va ulardan xolestatik jigar kasalliklarida terapiya samaradorligini baholash uchun foydalanish imkonini beradi.

Xulosa. Shunday qilib, hozirgi bosqichda xolestatik jigar kasalliklarini tashxislash usullarini yanada takomillashtirish zarur va shuning uchun xolestazning hayvonlar modellarida allaqachon o'rganilgan gepatobiliar transport tizimlari faoliyatining molekulyar mexanizmlarining klinik ekvivalentlarini aniqlash tavsiya etiladi. Kelajakdagi ilmiy tadqiqotlar, shuningdek, jigar transport tizimlarining holati, xolestatik jigar kasalliklari bo'lgan bemorlarda davolash samaradorligi va hayot prognoziga sitokin profilining ta'siriga e'tibor qaratish kerak. Intrahepatik xolestaz rivojlanishida safro hosil bo'lish mexanizmlarini buzish bilan bog'liq ko'plab muammolarni o'rganish gepatologiya oldida turgan amaliy muammolarni hal qilishga yordam beradi.

МИОКАРД ИНФАРКТИДАН KEYIN CHUQUR DEPRESSIYAGA UCHRAGAN BEMORLARGA SHOSHILINCH YORDAM

Ismailov I.I.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Depressiv buzilishlar koronar patologiya bilan bir qator boshqa kasalliklarga qaraganda tez-tez birlashtiriladi. Adabiyotga ko'ra, depressiya koroner yurak kasalligi (CHD) bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha 20 foizida uchraydi. Ushbu kasalliklarning kombinatsiyasi ularning har birining klinik va ijtimoiy prognozini yomonlashtiradi.

Tadqiqot maqsadi: Ushbu tadqiqotning maqsadi depressiyaning klinik ko'rinishini va ushbu holatlar uchun shoshilinch yordam ko'rsatishni o'rganish edi.

Materiallar va usullar: Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun involyutsiya yoshidagi 36 nafar bemor klinik-epidemiologik tekshiruvdan o'tkazildi. Shundan 6 nafari erkak (16 foiz), 30 nafari ayol (83 foiz). Miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda affektiv buzilishlarning tuzilishini hisobga olgan holda, turli xil psixopatologik sindromlar ajratildi: anksiyete-depressiv, astenik-depressiv, depressiv-gipoxondriak, isteriya va organik depressiyalar. Shuni hisobga olib, depressiyaning uchta klinik varianti aniqlandi: 1) somatogen tushkunliklar (depressiyalar somatik shartli) - 12 (33,3%), 2) endogen tushkunlik (shizofreniya, involyutsion) - 7 (19,4%), 3) psixogen depressiyalar. (psixo-travmatik vaziyat bilan bog'liq) - 17 (47,2%).

Tahlil shuni ko'rsatadiki, tibbiy taktika uchun bemorning shaxsiyatini hisobga olgan holda psixosomatik o'zaro ta'sirning etakchi omilini belgilash muhimdir. Tekshirilayotgan bemorlarda, ASMI klinikasi ma'lumotlariga ko'ra, ayollarda bezovtalik holatlari va qo'zg'aluvchan depressiya (motorli bezovtalik, qo'zg'alish, kayfiyatning pasayishi, qo'rquv, tashvish, uyqusizlik.) ko'proq kuzatiladi. Erkaklarda depressiya klinikasi ko'pincha fragmentar delusional kasalliklar (zararning aldanishi) bilan yuzaga keladi. Bunday bemorlar uchun uyqu odatiy, kechqurun uyqusizlik, uxlab qolish qiyinligi va erta uyg'onish (ertalab soat 3-5 da). Ertalab tashvishli tushkunlik holati qayd etiladi (bu o'z joniga qasd qilish uchun eng mos vaqt).

Tahlillarga ko'ra, miokard infarkti rasmida affektiv buzilishlarning mavjudligi bemorlarning kasalxonada qolish muddatini (o'rtacha bir haftaga) oshiradi.

Xulosa. Ekzogen omillar orasida eng muhimi. Ekzogenlar orasida eng katta ahamiyatga ega qariyalar.

Yurak-qon tomir patologiyasi bo'lgan bemorlarda depressiv buzilishlar masalasiga qiziqish ortishi depressiyaning somatik kasallikning kechishi va prognoziga salbiy ta'sirini ko'rsatadigan ko'plab dalillar bilan bog'liq.

MOLECULAR-GENETIC BASIS IN THE GALLSTONE DISEASE AND METABOLIC SYNDROME

*Ismailov U.S., Batirov D.Y., Rakhimov A.P., Nurmatov S.T., Rojobov R.R.
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Main Department of Science and
Education
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy*

Relevance of the problem. Gallstone diseases (GD) and metabolic syndrome (MS) are widespread in the human population: 10-15% are patients with GD, 15-25% are patients with MS, in both cases there is a tendency towards rejuvenation and a progressive increase in the number of patients. The prevalence of MS associated with GD is 70-80%, including obesity GD 40-60%, with diabetes mellitus (DM) 45-50%, and in the modern world has acquired a pandemic. It has been proven that MS is not only a risk factor for the manifestation of GD, but also its complicated course. The main pathogenetic risk factors for GD with a combination of MS include the genetic background. Genetic factors in the formation of GD and associated with MS, according to various sources, range from 50 to 85%. Scientific research on the human genome with GD in combination with MS makes it possible to predict the development of comorbid pathology and thereby improve the results of primary prevention. The introduction of molecular genetics methods into clinical practice will make it possible to assess the risk of developing GD with a combination of MS and the features of its course. Therefore, in recent years, more and more attention of researchers is directed to the study of the genetic basis of GD in combination with MS.

Purpose of the study: To study the role of polymorphism rs1799883 of the FABP2 gene and rs1801282 of the PPARG2 gene in the pathogenesis of gallstone disease in combination with metabolic syndrome.

Material and methods. Materials of our research work The base of the department of faculty and hospital surgery of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy in the surgical departments of the Khorezm regional multidisciplinary medical center is based on clinical analysis and the results of diagnostics of patients with GD with MS and GD without metabolic disorders. Molecular genetic studies were carried out in the Department of Molecular Medicine and Cell Technologies of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Hematology. Association analysis of the polymorphisms rs1799883 of the FABP2 gene and rs1801282 of the PPARG2 gene was carried out using a case-control model. The main group consisted of 118 patients living in the Khorezm region. Among 118 patients, women accounted for 66.1% (78 patients) and 33.9% men (40 patients) aged 19 to 80 years. All examined patients were divided into 3 subgroups: Subgroup - A 58 patient - GD in combination with obesity, subgroup - B 27 patients - GD in combination with DM and 33 patients - GD without MS in subgroup - C. As a material for the control sample used preparations of genomic DNA (n = 120), conditionally healthy unrelated donors of Uzbek nationality and had no history of GD and MS.

Results and discussion. Results of a comparative analysis of the frequencies of distribution of alleles and genotypes of polymorphism rs1799883 of the FABP2 gene, rs1801282 of the PPARG2 gene in the general group and subgroups of patients with GD and the control group of the sample.

In both groups, the actual distribution of the genotypes of the rs1799883 and rs1801282 gene polymorphisms corresponded to those expected at Hardy-Weinberg equilibrium (EHB).

The frequency of distribution of Ala and Thr alleles in patients was 62.9% and 38.1%, the control group was 77.1% and 22.9%, respectively. The chance of detecting an unfavorable Thr allele among patients is significantly increased by more than 2.0 times compared with the control group ($\chi^2 = 7.8$; $P = 0.005$; OR = 2.0; 95% CI 1.223-3.209).

The study of the distribution of genotypes showed that the dominant genotype in the studied groups of patients and the control group was the homozygous genotype Ala/Ala, the frequency of which was 44.8% and 61.7%, respectively. With the statistics of tests $\chi^2 = 4.5$; $P = 0.03$; OR = 0.5; 95% CI 0.2677- 0.953, which indicates a possible protective effect of this genotype in relation to the formation of GD with a combination of MS. The distribution of heterozygous Ala/Thr and unfavorable Thr/Thr genotypes in the studied groups of patients was recorded - 36.2% and 19.0%, respectively, in the control group - 30.8% and 7.5%, respectively.

There was a significant difference in the frequency of distribution of the unfavorable Thr allele and the minor Thr/Thr genotype between the subgroups of obese patients with gallstone disease and the control sample (Table 3). According to the odds ratio, the risk of obesity in the presence of an unfavorable Thr/Thr genotype significantly increases by more than 3.0 times ($\chi^2 = 5.1$; $P = 0.02$; OR = 2.9; 95% CI 1.122- 7.424).

The rs1801282 gene PPARG2, in the studied groups of patients and control Pro and Ala alleles were 88.9% and 11.1% versus 83.7% and 16.2%, respectively. Statistical processing revealed insignificant differences ($\chi^2 = 0.9$; $P = 0.3$; OR = 0.6; 95% CI 0.26-1.61). The frequencies of Pro/Pro, Pro/Ala and Ala/Ala genotypes in the studied groups of patients and controls were: 81.5%, 14.8% and 3.7% versus 69.2%, 29.2% and 1.7%, respectively.

It should be emphasized that when comparing the frequency distribution of alleles and genotypes of this locus in patients with GD with MS, we did not find significant differences from healthy individuals ($p > 0.05$).

It is interesting to note that there was no clear relationship between the risk of developing GD with MS and the distribution of predisposing genotypic variants of the rs1801282 polymorphism of the PPARG2 gene, which does not allow the use of this locus as a genetic marker for predicting the risk of developing this combination ($P > 0.05$).

Conclusion: Our results allow us to conclude that the homozygous Thr/Thr genotype plays an important role in the pathogenesis of nosological syntropy of GD and MS. The risk of developing GD with MS when carrying this genotypic variant of the FABP2 gene can significantly increase by more than 3.0 times. The homozygous Ala/Ala genotype indicates a protective effect in the formation of GD with a combination of MS.

The rs1801282 polymorphism of the PPARG2 gene does not allow the use of this locus as a genetic marker for predicting the risk of MS in patients with GD.

MOLECULAR GENETIC RELATIONSHIP OF GALLSTONE DISEASE AND METABOLIC SYNDROME

*Ismailov U.S., Yangiboev Z.R., Batirov D.Y., Rakhimov A.P.,
Tillayev M.T., Madrimov X.A.*

Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Main Department of Science and Education. Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Relevance of the problem. Currently, there is a steady trend towards an increase in the number of patients with gallstone disease (GD) and metabolic syndrome (MS). MS and GD are widespread in the world: 15-25% are patients with MS, 10-15% - patients with GD, and in both cases there is a tendency towards rejuvenation and a progressive increase in the number of patients. The proportion of gallstones in the general structure of diseases of the digestive system is constantly growing. The prevalence of the disease increases with age and is accompanied by metabolic disorders: GD is detected in persons with diabetes mellitus (DM) 45-50%, overweight - in 40-60%, with high-grade obesity - up to 70% of cases. At the same time, individuals with MS reveal various pathological changes in the gastrointestinal and biliary tract, although the role of gastroenterological diseases in the development of MS has not yet been fully studied. At the same time, the main components of MS are also modifiable risk factors for GD (overweight, hyperlipidemia, hyperglycemia, etc.), therefore their timely detection and correction are the most important modern measures for the treatment and prevention of GD. This is all the more important because there are convincing data that MS is not only a risk factor for the manifestation of GD, but also its complicated course. The development of GD and MS remains controversial, despite the well-studied mechanism. These two diseases share several risk factors in common, including age, gender, overweight, and impaired lipid and glucose metabolism. In the pathogenesis, the development of GD and MS plays an important role in the violation of lipid metabolism. Lipid metabolism disorders are primarily characterized by an increase in cholesterol and triglyceride levels in the blood. The primary cause of lipid metabolism disorders is hereditary - genetic factor.

Purpose of the study: To study the role of polymorphism rs1042713 and rs1042714 of the ADRB2 gene in the pathogenesis of the nosological combination of gallstone disease and metabolic syndrome.

Material and methods. Materials of our research work The base of the department of faculty and hospital surgery of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy in the surgical departments of the Khorezm regional multidisciplinary medical center is based on clinical analysis and the results of diagnostics of patients with GD with MS and GD without metabolic disorders. Molecular genetic studies were carried out in the Department of Molecular Medicine and Cell Technologies of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Hematology. Association analysis of the polymorphisms rs1799883 of the FABP2 gene and rs1801282 of the PPARG2 gene was carried out using a case-control model. The main group consisted of 118 patients living in the Khorezm region. Among 118 patients, women accounted for 66.1% (78 patients) and 33.9% men (40 patients) aged 19 to 80 years. All examined patients were divided into 3 subgroups: Subgroup - A 58 patient - GD in combination with obesity, subgroup - B 27 patients - GD in combination with

DM and 33 patients - GD without MS in subgroup - C. As a material for the control sample used preparations of genomic DNA (n = 120), conditionally healthy unrelated donors of Uzbek nationality and had no history of GD and MS.

Results and discussion. To elucidate the role of polymorphic loci Arg16Gly (rs1042713) and Gln27Glu (rs1042714) of the ADRB2 gene in the formation of susceptibility to GD and MS, a comparative analysis of the distributions of the frequency of occurrence of alleles and genotypes between subgroups of patients with a control sample. In both groups, the actual distribution of the genotypes of the rs1042713 and rs1042714 gene polymorphisms corresponded to those expected at Hardy-Weinberg equilibrium (HWE).

The distribution frequency of the Arg and Gly alleles in patients was 58.9% and 41.1%, the control group was 55.4% and 44.6%, respectively. The study of the distribution of genotypes showed that the dominant genotype in the studied groups of patients and controls was the heterozygous genotype Arg/Gly, the frequency of which was 50.0% and 50.8%, respectively. When statistically processing the data, the criteria $\chi^2 < 3.84$; $P > 0.05$; $OR = 1.0$; 95% CI 0.58-1.61, which indicates the impossibility of this genotype in relation to the formation of gallstone disease and MS. The distribution of homozygous Arg/Arg and unfavorable Gly/Gly genotypes in the studied groups of patients was recorded -33.9% and 16.1%, respectively, in the control group 30.0% and 19.2%, respectively ($\chi^2 < 3.84$; $P > 0.05$; $OR < 1.0$; 95% CI 0.69-1.58).

It is interesting to note that there was no clear relationship between the risk of developing GD with MS and the distribution of predisposing genotypic variants of the rs1402713 polymorphism of the ADRB2 gene, which does not allow the use of this locus as a genetic marker for predicting the risk of developing this combination ($P > 0.05$).

In the studied groups of patients and controls, the proportion of 27Gln and 27Glu alleles was 35.2% and 34.8% versus 73.7% and 26.3%, respectively. The frequency of the 27Gln allele is slightly higher than the frequency of the 27Glu allele and is comparable to the average values for Europe (56.0%). This allele is more common in Africans (82.5%), Chinese (87.8%), and Japanese (92.0%). Statistical processing, despite insignificant differences, revealed a noticeable trend towards an increase in the frequency of the unfavorable 27Glu allele (with high odds ratios) and a decrease in the dominant, wild 27Gln allele in patients with GD with a combination of MS compared to conventionally healthy donors. The calculated odds ratio showed that the chance of detecting the unfavorable functional allele 27Glu in patients increased 1.5 times compared to the control group ($\chi^2 = 4.0$; $P = 0.04$; $OR = 1.5$; 95% CI: 1.01–2.216).

The frequencies of Gln/Gln, Gln/Glu and Glu/Glu of the rs1402714 genotypes of the ADRB2 gene in the studied groups of patients with gallstone disease with a combination of MS and control were: 44.1%, 42.4% and 13.6% versus 52.5%, 42.5% and 5.0%, respectively. As can be seen, the frequency of the homozygous Gln/Gln genotype among patients was lower than in the control group (44.1% versus 52.5%, respectively, with $\chi^2 = 1.7$; $P = 0.2$; $OR = 0.7$; 95% CI: 0.427-1.187). A tendency to an increase in the amount of homozygous Gln/Gln in the control sample was revealed, which indicates a possible protective effect of this genotype in relation to the formation of GD with a combination of MS. The distribution of the heterozygous Gln/Glu genotype in the studied groups of patients was recorded - 42.4% and in the control group - 42.5% ($\chi^2 < 3.84$; $P = 0.9$; $OR = 1.0$; 95% CI 0.594-1.663).

There was a significant difference in the frequency of distribution of the unfavorable Glu allele and the minor Glu/Glu genotype between the subgroups of obese patients and the control sample. According to the odds ratio, the risk of developing obesity with the carriage of the Glu/Glu genotype significantly increases by more than 3.5 times ($\chi^2 = 5.6$; $P = 0.02$; $OR = 3.5$; 95% CI 1.78-10.34).

Conclusion: Our results allow us to conclude that the homozygous Glu/Glu genotype plays an important role in the pathogenesis of nosological syntropy of gallstone disease and metabolic syndrome. The risk of developing gallstones with MS in the presence of this

genotypic variant of the ADRB2 gene can significantly increase by more than 3.5 times. The homozygous Gln/Gln genotype indicates a protective effect in the formation of GD with a combination of MS.

The rs 1042713 polymorphism of the ADRB2 gene does not allow the use of this locus as a genetic marker for predicting the risk of MS in patients with GD.

YOMON SIFATLI XODJKIN BO‘LMAGAN LIMFOMA BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNING OG‘IZ MIKROFLORA HOLATI

Ismoilov I.X.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Zamonaviy adabiyotlarda qandli diabet, o‘tkir leykemiya, surunkali buyrak etishmovchiligi va boshqa ko‘plab odamlarning stomatologik salomatligi kabi kasalliklarning o‘zaro bog‘liqligi haqida ko‘plab ma‘lumotlar mavjud.

O‘tkir leykemiya bilan og‘rigan bemorlarda og‘iz shilliq qavatining shikastlanish darajasi 25 dan 91% gacha. O‘tkir leykemiya bilan og‘rigan bemorlar og‘iz bo‘shlig‘ida anemik, gemorragik, oshqozon-nekrotik va hiperplastik sindromlar bilan ajralib turadi.

Ko‘p hollarda og‘iz bo‘shlig‘ida o‘tkir leykemiya namoyon bo‘lishi o‘tkir va o‘tkir surunkali periodontit, o‘tkir periostit, xo‘ppozlar va flegmonalar kabi odontogen yallig‘lanish jarayonlarining rivojlanishi bilan maskalanadi. Bundan tashqari, o‘tkir leykemiya nekrotik, ülseratif jarayonlar (anemiya, trombotsitopeniya, OIV infeksiyasi va boshqalar) qo‘shilishi bilan kuchaygan boshqa umumiy homomatik patologiyalar bilan o‘xshash namoyonlarga ega.

Biroq, afsuski, tish shifokorlari umumiy virusli kasalliklarning og‘iz bo‘shlig‘idagi holatga ta‘sirini kam deb hisoblashadi.

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu ishning maqsadi-badjahl bo‘lmagan Hodgkin bo‘lmagan lenfoma bo‘lgan og‘iz bo‘shlig‘i mikroflorasining holatini o‘rganishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu ishning o‘rganish uchun 34 ta xatarli limfoma bilan og‘rigan bemorlarda og‘iz mikroflorasini o‘rgandik. Nazorat guruhi 30 deyarli sog‘lom shaxslar tashkil etdi.

Tadqiqot natijalari. Xastalik bo‘lmagan Hodgkin bo‘lmagan lenfoma bo‘lgan bemorlarda 13 turdagi mikroorganizmlar aniqlandi: 3-Sem. Micrococcaceae, 4-Sem. Streptococcaceae va Neisseria, Corynebacterium, Peptostreptococcus, Bacteroides, Leptotrichia, Candida tug‘ilgan ayrim vakillari.

Sem va uning shogirdlari Micrococcaceae ni 47,8% hollarda ajratishgan, bu esa nazorat guruhining shaxslaridan 11,1 % ko‘proq ekanligini bildiradi. Bakteriyalar. Streptococcaceae 11,2% ga teng bo‘lgan 68,8% nazoratdan kamroq edi. Tanlash sarlavhalari-102-105. Gram-salbiy anaerobik floraning 13,8 % (19,5% hollarda), 103 titrida kamayishi kuzatildi. Gram-musbat anaerobik floraning tarqalishi biroz kamaydi va 12,5% edi. Candida jinsining qo‘ziqorinlari tez-tez ekilgan-38 titrida kuzatishlarning 101% da. Enterobacteriaceae jinsining vakillari qayd etilmagan.

Xulosa. Shunday qilib, malign bo‘lmagan Hodgkin bo‘lmagan lenfoma bo‘lgan bemorlarda Sem vakillarining ekish tezligi oshganini ta‘kidlash mumkin. Micrococcaceae va Candida jinsining qo‘ziqorinlari, bu sut bakteriyalarini kuzatish foizini kamaytiradi. Streptococcaceae va gram-musbat anaerobik flora. Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko‘rsatadiki, Hodgkin bo‘lmagan lenfoma bilan og‘rigan bemorlarning mikroflorasi disbakteriozning rivojlanishi bilan muhim o‘zgarishlarga uchraydi. Bu shartli patogen mikrofloraning vakillari tomonidan joylashtirilgan ekologik mavqei bo‘lgan og‘iz bo‘shlig‘ining normal simbiyotlarining kamayishi yoki to‘liq yo‘qolishi bilan bog‘liq.

**TOKSOPLAZMOZ KASALLIGINI KELIB CHIQISH SABABLARI,
DIAGNOSTIKASI, ULARNI DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIKASI**

*Kadirova X., Obidjonov Z.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

Toksoplazmoz – ichki a'zo va tizimlar faoliyatini izdan chiqaradigan parazit kasallik; bir hujayrali sodda hayvon – toksoplazmalar qo'zg'atadi. Mushuk ichagi *Toxoplasma gondii* ning yashash makonidir. Ushbu o'ta kichik organizm birhujayrali hisoblanadi, biroq hayvonlar olamiga mansub. Bakteriyaga nisbatan genetik material unda ancha murakkabroq joylashtirilgan. Bundan tashqari, toksoplazma ancha “mazmunga boy” va qiziqarli hayot kechiradi.

Toksoplazma mushuklarning ichagida ko'payadi. Mushuk toksoplazmaning xo'jayini hisoblanadi, qolgan barcha hayvonlar esa unga tomon harakatlanishda taksi rolini o'ynaydigan oraliq xo'jayini hisoblanadi. Itlar, mushuklar va toksoplazmoz bilan og'rigan bemorlar kasallikni tarqatuvchilar hisoblanadi. Ular o'zlarining so'lagi, siydigi, najasi, sudi, burun shilimshig'i orqali tashqi muhitga ko'plab kasallik qo'zg'atuvchisini tarqatadi.

Mushuk toksoplazmozni hayotida bir marotaba yuqtirishi mumkin va shu davrda u biz uchun ayniqsa xavfli hisoblanadi. Katta mushuk, odatda, toksoplazmozni boshdan kechirib bo'lgan bo'ladi hamda u uchun kasallikni qayta boshdan kechirish xavfi yo'q. Agar so'nggi xo'jayinni uchratish imkoniyati bo'lmasa-yu, mushuk axlatini sutemizuvchi hisoblanmish uning xo'jayini tozalasa, toksoplazma bunday variantga ham rozi bo'ladi. Toksoplazmalar yangi xo'jayinni kutib mushuk axlatida o'z faolligini besh yilgacha saqlashi mumkin. Bu, albatta, mushukning egasi yoki bir tasodifiy mushuk bo'lishi shart emas, bog', egat oralab izg'ib yurgan boshqa hayvonlar ham to'g'ri kelaveradi. Toksoplazmani orttirib olishning asosiy “imkoniyati” – xom mahsulotlarni iste'mol qilish.

Toksoplazma yuqtirib olishning uch usuli mavjud: Yuvilmagan meva va sabzavotlarni, shuningdek yetarli darajada termik ishlov berilmagan go'shtni iste'mol qilish. Go'sht kombinati xodimlarining qoni, qon quyish yoki organlarni ko'chirib o'tkazish orqali yuqtirish. Ayniqsa, bu yuqori virulent shtammlarga (odam uchun eng xavfli bo'lgan qo'zg'atuvchi turlari) taalluqlidir.

Homiladorlik davrida toksoplazmaning yo'ldosh orqali kirishi hisobiga homilaning birlamchi infeksiyalanishi kuzatiladi.

Toksoplazmoz bilan zararlanish ehtimoli yuqori. Aholining taxminan uchdan biri qismi toksoplazma tashuvchisi hisoblanadi. *Toxoplasma gondii* parazit hisoblanadi, sababi u kichik yer bo'lagida yashamaydi hamda o'simliklar va suvga zarar keltirmaydi, balki yashash uchun boshqa tirik mavjudotlardan foydalanadi. Biz, insonlar, ko'rsatilgan xizmatlar evaziga hech narsa berishni istamaydiganlarni, bundan tashqari, ziyon keltirish qobiliyatiga ega bo'lganlarni parazit deb ataymiz. (Masalan, atrof-muhit va ekologiya resurslaridan foydalanish jarayonida unga talafot yetkazuvchi zamonaviy inson.)

Katta sog'lom insonlarga toksoplazma kuchli zarar yetkazishga qodir emas. Kimdir gripp yoki ORVI alomatlarini sezadi, kimdirda hech qanday belgilar kuzatilmaydi. O'tkir faza tugaganidan keyin toksoplazmalar to'qimalarimizga joylashib olib uyquga ketadilar. Endi ular biz bilan bir umrga qolishadi, lekin, odatda, ular tinch xonadon ijarachilaridir. Bu holat toki ularni qayta yuqtirib olmaganimizgacha davom etadi, allaqachon yuqtirganligimizga qaramay.

Toksoplazmoz bilan homilador ayol kasallansa, vaziyat jiddiylashadi. Qo'zg'atuvchi qon oqimi bo'ylab homilaga yetib borishi mumkin. Immun tizimi u bilan hali tanish emas va shu bois tezkor ta'sir choralarini ko'ra olmaydi. Bu kamdan-kam sodir bo'ladi, ammo sodir bo'lsa, homiladorlik asoratlar bilan kechishi va hatto homila tushib qolishi bilan tugashi mumkin. Agar infeksiya uning erta bosqichlarida aniqlansa, ehtimol, dori-darmonlar yordam

beradi. Odatda, toksoplazmozga antitana uchun tekshiruv (TORCH-infeksiyalarga tahlil) homiladorlikning 1–10 haftalarida topshiriladi. Agar akusher-ginekolog: “Sizda mushuk bormi?”, degan g‘alati savol bersa, – buni ma’nosiz suhbat sifatida qabul qilmang. Shifokoringiz haqiqatan juda muhim narsalarni aniqlashtiryapti.

Toksoplazmaning mavjudligi – har kuni mushuklar hojatxonasi gigiyenasi bilan shug‘ullanishga qo‘shimcha sababdir.

Xom go‘shetni kesib ajratish ham homiladorlik davrida tavsiya etilmaydi, sabzavot va mevalarni esa yaxshilab yuvish kerak. Toksoplazmani tashib yuruvchi boshqa odamlar inson uchun zararli hisoblanmaydi. Faqat yangi infeksiyalangan mushuk ichagidagi namunalarda xavf tug‘diradi. Toksoplazmalar atrofimizdagi buyumlarda va hatto hayvon egasining qo‘llarida ham bo‘lishi mumkin.

Kasallik turlari. Tibbiyotda tug‘ma va orttirilgan toksoplazmoz farq qilinadi. Statistika bo‘yicha 15 yoshdan 45 yoshgacha bo‘lgan ayollarning 15-25 % i *Toxoplasma gondii* bilan zararlanganlar. Tug‘ma toksoplazmoz bilan har 10 000 yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning 1 dan 10 tasigacha kasallanishi mumkin, shularning orasidan 3-10 % ida og‘ir tug‘ma anomaliyalar ham kuzatiladi. *Tug‘ma toksoplazmoz*da kasallik ona organizmidan qon orqali homilaga o‘tadi. Toksoplazmoz homilaga dastlabki oylarda yuqsa, bola tushadi yoki o‘lik, yoxud majruh bo‘lib tug‘iladi. *Orttirilgan toksoplazmoz* o‘tkir va surunkali kechadi. O‘tkir toksoplazmozda bemor isimalaydi, boshi, mushuklari og‘riydi; limfa bezlari, ko‘z, teri, miya qobiqlari va ichki a‘zolariga putur etadi. Surunkali toksoplazmoz yillab cho‘zilishi mumkin. Bunda bemorning harorati yuqori bo‘ladi, boshi og‘riydi; quvvatsizlik, asabiylashish kuzatiladi; ko‘rish, xotira va ish qobiliyati pasayadi; jigar, taloq va limfa bezlari shishadi; gepatit, miokardit, zotiljam yuzaga kelishi mumkin.

Diagnostik usullari. Toksoplazmoz diagnostikasida eng asosiy tekshiruv usullari bu serologik test, UTT (UZI) va amniotik parda punksiyasi hisoblanadi. Laborator tekshiruv diagnostikaning birinchi “qadami” bo‘lib, unda immunoferment analiz (IFA) o‘tkaziladi yoki maxsus test-tizim o‘tkaziladi. Bu tekshiruvda immunoglobulin M (IgM) va G (IgG) qonda aniqlanadi. Agar analiz natijalari manfiy bo‘lsa, toksoplazmoz kasalligi ham bo‘lmaydi. IgM ko‘p miqdorda aniqlanishi *T.gondii* ning inson organizmiga birinchi marotaba kirganligidan darak beradi. So‘ngra titr ko‘rsatkich sekin-asta oshib boradi va parazit invaziyasidan 5-20 kun o‘tib maksimum darajaga yetadi.

Toksoplazmoz bilan zararlangan ayol qonida IgG miqdori parazit kirganidan so‘ng 7-14 ichida aniqlanadi va 3-6 oy ichida maksimum darajaga yetadi. Ko‘p holatlarda IgG miqdorining oshishi toksoplazmozning latent kechayotganligidan dalolat beradi. Musbat natija aniqlanganda tekshiruv 3-4 marotaba qayta o‘tkaziladi.

Kasallikni davolash. O‘tkir (faol) infektsiyani davolash uchun shifokorlar infektsiyani tozalash va kasallikning rivojlanishining oldini olish uchun antibiotiklarni va boshqa preparatlarni buyuradilar. Eng ko‘p buyurilgan dorilar quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

O‘tkir to‘qimalar infektsiyasini davolashda eng samarali vosita deb hisoblangan antimalarial preparat – *pirimetamin*. Pirimetamin bilan birgalikda ishlatiladigan antibiotik preparati bo‘lgan - *sulfadiazine*. *Clindamisin*, muqobil antibiotik, pirimetamin bilan birga ishlatiladi. Trombotsitopeniya (past trombositlar) xavfini kamaytirish uchun qo‘shimcha sifatida ishlatiladigan *foli kislota*.

Olti haftalik terapiya kunlik dozasi pirimetamin, tanlangan antibiotikning to‘rt kunlik dozasi va kunlik foli kislota dozasi o‘z ichiga oladi. Nüksni oldini olish uchun antibiotik preparati trimetoprim va sulfametoksazol (TMP-SMX) to‘rt hafta davomida har kuni bir marta olinadi.

Homiladorlikda toksoplazmoz davosi o‘tkir shaklida va klinik belgilar bilan namoyon bo‘lgandagina olib boriladi. Agar kasallik klinik simptomlarsiz kechadigan bo‘lsa, patologiya o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi. Homilaning zararlanishiga asoslanib davo muolajalari ikki xil yo‘l bilan olib boriladi. Homila zararlanmagan bo‘lsa (PZR ga asoslangan

holda) makrolid guruhiga kiruvchi antibiotiklar qo'llaniladi (Spiramitsin). Bu kabi preparatlar homila to'qimalarida to'planadi va parazitning vertikal yo'l orqali yuqishiga to'sqinlik qiladi. Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish uchun kasal uy hayvonlarini aniqlash va ularni ajratib qo'yish; bolalarni it, mushuk bilan o'ynashlariga yo'l qo'ymaslik lozim. Iste'mol qilinadigan go'sht, sut mahsulotlarini, albatta, yaxshilab pishirish yoki qaynatish kerak.

PODAGRA KASALLIGINI METABOLIK SINDROM BILAN BIRGALIKDA KECHISHINING XUSUSIYATLARI

Karabayeva F.U.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbligi. Podagra - bu giperurikemiyaga va natijada artikulyar sindromning rivojlanishiga olib keladigan purin metabolizmining buzilishiga asoslangan kasallik.

Podagra, qoida tariqasida, arterial gipertenziya, 2-toifa qandli diabet, yurak-qon tomir kasalliklari, buyrak etishmovchiligi, metabolik sindrom kabi bir qator turli xil patologik sharoitlar fonida yuzaga keladi.

JSST tavsiyalariga ko'ra, hayot sifati - bu shaxsning jamiyat hayotidagi mavqeining ushbu shaxsning maqsadlari, uning rejalari, imkoniyatlari va buzilish darajasi bilan individual nisbati. Salomatlik bilan bog'liq hayot sifati o'rganish bemorning davolanishdan oldin, davolash paytida va undan keyingi holatini baholashning samarali usuli bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi. Metabolik sindrom bilan birgalikda gut oqimining xususiyatlarini o'rganish va qo'shma sindrom va yurak-qon tomir kasalliklari uchun xavf dinamikasiga kompleks terapevtik yondashuv ta'sirini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot 86 ta bemorni o'z ichiga oladi. 1-guruh S. WaUase va Court tasniflash mezonlari asosida tashxis qo'yilgan asosiy surunkali gutga ega bo'lgan 56 nafar bemorni tashkil etdi., va MS; 2-guruh-gut va boshqa immuno-yallig'lanish jarayonisiz MS bilan 30 bemor.

Tadqiqot natijalari. Metabolik sindrom va gut kombinatsiyasi kasallikning dastlabki debyutini targ'ib qiladi va alevlenme chastotasini va davomiyligini sezilarli darajada oshiradi.

Yuqori sezgir C - reaktiv oqsili metabolik sindrom mavjudligida, kasallikning davomiyligidan qat'iy nazar va gut oldingi debyuti bo'lgan bemorlarda aniqlangan, yil davomida alevlenme chastotasini oshirish orqali kasallik holatini yomonlashtiradi (median 3,0, $p < 0,05$); sezilarli darajada yuqori (median 510,25 mmol/l) metabolik sindrom bilan birgalikda gut bilan og'rigan bemorlarda siydik kislotasining sarum darajasi kasallikning zo'ravonligiga mustaqil ta'sir ko'rsatmaydi.

Interstitsial davrda gut bilan og'rigan bemorlarda yuqori sezgir C-reaktiv oqsilning yuqori ko'rsatkichlari metabolik sindromning klinik belgilarini shakllantirishga ta'sir qilmaydi.

Metabolic sindromi bilan birga podagra bemorlar yuqori sezgir C - reaktiv oqsil bilan salbiy bog'liqlik ega, shuningdek, yuqori zichlikdagi lipoprotein xolesterin kamaytirish, urik kislota zardob kontsentratsiyasi va yuqori sezgir C-reaktiv oqsil bilan to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik ega triglitseridlar darajasini, oshkor-reaktiv oqsil.

Gipourikemik, hipolipidemik, antihipertansif dorilar bilan dori-darmonlarni davolash, shuningdek tana vaznining pasayishi, spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaslik va past karbohidratli va hipopurik parhezga rioya qilish metabolik sindrom bilan birgalikda gut kasalliklarida artrit alevlenmelerinin chastotasi va davomiyligi sezilarli darajada pasayishiga olib keladi.

Allopurinolni tayinlash orqali siydik kislotasining sarum kontsentratsiyasini maqsadli qiymatlarga (360 mmol/l dan past) kamaytirish yuqori zichlikli lipoprotein xolesterin darajasini oshiradi va past zichlikli lipoprotein xolesterin miqdorini kamaytiradi, bu esa

prokam shkalasi bo'yicha yurak - qon tomir kasalliklarining umumiy xavfini sezilarli darajada kamaytiradi

Xulosa. Olingan natijalar podagra bo'lgan bemorlarda metabolik sindrom parametrlarini faol baholash, yuqori sezgir C - reaktiv oqsil darajasini majburiy aniqlash va PROCAM miqyosida yurak - qon tomir kasalliklarining umumiy xavfini hisoblash zarurligini ko'rsatadi, bu esa bemorning sifatini va umrini yaxshilash uchun gut terapiyasiga kompleks va individual yondashuvni ishlab chiqadi.

Siydik kislotasining sarum konsentratsiyasining maqsadli qadriyatlariga erishish fonida PROCAM shkalasi va yuqori sezgir C - reaktiv oqsilining yurak-qon tomir kasalliklari xavfini sezilarli darajada kamaytirish surunkali gutga chalingan bemorlarda metabolik sindrom bilan birgalikda siydik kislotasi darajasini etarli darajada kamaytirish uchun etarli dozalarda allopurinolni majburiy tayinlash imkonini beradi.

BRONXIAL ASTMADA PSIXOSOMATIK KASALLIKLAR VA ULARNING CHAQALOQLARNI DAVOLASH MASALALARI

*Karimov A. X., Agranovskiy M. L., Asqarova K. I., Mo'minov R. K.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbligi. Bolalar psixologiyasining xususiyatlarini bilish katta yoshdagi bolaning badandagi va aqliy salomatligini shakllantirishni tushunishda juda muhimdir.

Bugungi kunga qadar kasallikning nazorat qilish darajasining dinamikasiga ta'sir qiluvchi prognostik omillar aniqlanmagan. Ilgari ko'plab omillar (demografik va ijtimoiy, kasallik va davolanishning klinik xususiyatlari, ba kasalliklarining xulq-atvori) o'rganilgan, ammo ular ba kursiga ta'siri nuqtai nazaridan baholandi. Bundan tashqari, bir qator ishlar ba davomida ruhiy kasalliklar (tashvish, depressiya) ta'sirini o'rganib chiqdi, ammo juda ziddiyatli ma'lumotlar olingan.

Tadqiqotning maqsadi. Ba nazorat darajasiga va uning psixopatologik va patokarakterologik kishilik bozukluklarinin dinamikasiga va bemorlarga antiastmatik terapi sadoqatiga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Vazifani bajarish uchun AOPNDDA dispanser nazorati ostida bo'lgan 3 dan 12 yilgacha bo'lgan bronxial astma bo'lgan ruhiy kasal bolalar tanlangan.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalari. Ba bo'lgan bolalarda hissiy va shaxsiy xususiyatlarning tuzilishi bir xil bolada qarama-qarshi shaxsiy xususiyatlarni aks ettirish orqali barqaror ichki nizolar bilan ifodalanadi. O'smir uchun, shaxsning tuzilishi histeroid va (yoki) epileptoid xususiyatlarini, alkogolizmga moyilligi bilan tasdiqlangan avtodektiv tendentsiyalarning namoyon bo'lishiga urg'u beradi.

Hissiy va shaxsiy fon tarkibida kasal bolalar va o'smirlar uchun umumiy belgisi shkala bo'yicha ko'rsatkichlarning ustunligi hisoblanadi: tajovuzkorlik va tashvish.

B a bilan og'rigan o'smirlarda psixologik himoya qilishning asosiy mexanizmlari quyidagilardir: qabul qilinadigan hodisalarni yoki o'z fazilatlarini inkor etish, shuningdek, past darajadagi o'z-o'zini hurmat qilish sohasidagi kamchiliklarini giperpensatsiyalash.

Ba bo'lgan bolalarda sog'lom bolalarga nisbatan qisqa muddatli majoziy (35%) va og'zaki xotira (62%) hajmining pasayishi shaklida mnestic sohada sezilarli farqlar aniqlanadi.

Ko'pgina bemorlar uchun (75%) to'liq chap yarim sharning hukmronligi bilan ajralib turadi, bu esa stressli vaziyatlarda ularning psixofizyologik moslashuvining samarasizligini ko'rsatadi.

Bronxial astma bilan og'rigan bolalarning hissiy va shaxsiy xususiyatlarini tahlil qilish patologik psixosomatik tizimning tarkibiy qismlarini to'liq o'rganish imkonini beradi, bu esa kasallikning oldini olish va ushbu kasallikning holatini kuchaytiradigan omillarni o'z vaqtida tuzatish bo'yicha chora-tadbirlarni optimallashtirishga imkon beradi.

Hissiy va shaxsiy javob turlarini prognozlash, bronxial astma bo'lgan bolani psixologik himoya qilish mexanizmlarini bilish terapiyaga individual yondashishga imkon beradi va hayotning muhim davrida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan og'ishlarni oldini olish uchun to'liq shaxsni rivojlantirish uchun adaptiv mexanizmlarni ishga tushiradi.

Funktsional assimetriyani baholashning taqdim etilgan natijalari bronxial astma bilan og'rigan bolalar va o'smirlarning aqliy tashkilotining xususiyatlarini hisobga olgan holda ta'lim, tarbiya, mehnat va turmush sharoitlarini yaratish zarurligini ko'rsatadi.

Xulosa. Shunday qilib, ba kasalliklarida paranoid, shizoid, shizotipik, bezovta qiluvchi va histerik kabi patokarakterologik RLLARNING yuqori darajasi aniqlandi. Bundan tashqari, kasallik nazorat qilish darajasining yomonlashishi yuqori chastotalar va tashvish va depressiya zo'ravonligiga yordam beradi.

Ba nazorat darajasining dinamikasini yaxshilash uchun shaxsning psixopatologik va patokarakterologik kasalliklari, bemorlarning davolanishga bo'lgan sadoqati va ularning KP ni oshirishga yordam beradigan omillarni o'rganish kerak.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA

Karimov I.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Despite the fact that unstable angina pectoris (NS), as one of the most common but poorly predictable clinical manifestations of coronary heart disease (CHD), has been studied for more than 50 years, this form of angina pectoris is still one of the urgent problems of cardiology.

According to modern concepts, NS, along with non-pronged myocardial infarction (small-focal infarction) and large-focal infarction, is included in the single concept of "acute coronary syndrome" (ACS). This indicates its danger to the health and life of the patient, at the same time, in the structure of ACS, this form of coronary heart disease, like no other, makes it more likely to prevent immediate and long-term adverse outcomes

The purpose of the study: to study epidemiological data on unstable angina.

Materials and methods of research. To solve these tasks, we examined 35 patients diagnosed with coronary heart disease.

The results of the study. Although these techniques allow us to assess the spread of patients with anginous syndrome in the population, an accurate diagnosis of true angina (i.e., chest pain caused by changes in the coronary arteries) requires documented confirmation of myocardial ischemia due to the limited accuracy of symptoms predictors of coronary artery disease.

Several studies in various cohorts of patients have shown that the annual rate of uncomplicated angina is about 0.5% in residents of Western countries over the age of 40, although geographical fluctuations are obvious. For example, the incidence of angina was 0.54% in Belfast (Northern Ireland) and only 0.26% in France. This geographical variability has also been confirmed in recent studies showing that the incidence of angina corresponds to the mortality rate from coronary heart disease. In general, the picture may look like this: in most European countries, 20,000 to 40,000 new angina patients appear every year. The spread of angina increases with age among both sexes. At the age of 45-54 years, the incidence of angina is about 2-5%, whereas at the age of 65-74 years - 10-20%.

The prevalence of chronic coronary heart disease, however, is much greater and is due to the frequent absence of pain syndrome in patients with stable or stabilized coronary heart disease. Interestingly, the prevalence of angina pectoris for several decades and in different countries of the world seems to be somewhat higher among women than among men, with an average ratio of 1.2.

These data relate to the assessment of symptoms only, whereas a definite diagnosis of obstructive atherosclerotic coronary lesion among patients with angina pectoris is established more often in men than in women. Indeed, among patients with chest pains suspected of myocardial ischemia who undergo coronary angiography, 10-30% have normal or almost normal (little changed) coronary arteries. 70-80% of them are women.

Conclusion. Some studies suggest that angina is associated with the same risk of cardiovascular events in men and women, but the WISE study showed that the risk of major coronary events (SCD, acute MI) is lower in women with angina without obstructive coronary artery disease.

ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF ATRIAL FIBRILLATION AGAINST THE BACKGROUND OF CORONARY HEART DISEASE

Kasimova N.J.
Andijan State Medical Institute

Relevance. A mandatory element in the complex treatment of atrial fibrillation (AF) is the prevention of coronary heart disease and other systemic embolisms. First of all, we are talking about ischemic stroke, since among all strokes in patients with AF, it accounts for 92%. The share of hemorrhagic is only 8%.

Disorganization of electrical processes and the absence of a mechanical systole of the atria lead to a slowdown in blood flow in the atria, especially in their ears, and the formation of blood clots. In this regard, AF is associated with a 5-fold increase in the risk of ischemic stroke and is considered the main cause of coronary heart disease.

The purpose of the study. To study the evaluation of the effectiveness of oral anticoagulants in the treatment and prevention of atrial fibrillation against the background of coronary heart disease.

Materials and methods of research. To accomplish this task, we selected a total of 70 patients treated in the therapeutic department of the ASMI clinic with complicated atrial fibrillation and coronary heart disease.

The results of the study. The data obtained in randomized clinical trials and meta-analyses have a higher level of evidence than the results of post-registration observational studies.

According to the meta-analysis, the risk of developing MI on the background of dabigatran therapy compared with AVC, rivaroxaban, apixaban and edoxaban was higher: the risk of developing MI – rivaroxaban compared with dabigatran (HR 0.56 at 95% CI from 0.38 to 0.82, rivaroxaban therapy reduces the risk of coronary complications by 44% compared with dabigatran); apixaban compared to dabigatran (HR 0.59 at 95% CI 0.40 to 0.88, risk reduction by 41% compared to dabigatran); warfarin compared with dabigatran (HR 0.66 at 95% CI 0.49 to 0.87, risk reduction by 34% compared with dabigatran); edoxaban compared with dabigatran (HR 0.71 at 95% CI 0.50 to 1.0, risk reduction by 29% compared with dabigatran).

The possibility of being the first-choice drug in terms of reducing the risk of developing MI/ACS was 53.5% for rivaroxaban, 33.8% for apixaban, 2% for edoxaban, 1.2% for AVC, 0.007% for dabigatran.

According to randomized clinical trials and the results of numerous meta-analyses, apixaban therapy does not lead to an increase or decrease in the risk of developing MI and is comparable to warfarin. And only when taking rivaroxaban in all these meta-analyses significantly reduced the risk of developing MI / ACS.

Conclusion. Thus, the choice of a particular oral anticoagulant should be balanced, thoughtful and based on results with a high level of evidence. The tactics of using

anticoagulants in patients in need of planned or urgent surgical interventions, the transition from one anticoagulant to another, errors in use (for example, skipping a dose), the possibility of interaction with other drugs, the timing of the resumption of anticoagulation after bleeding, etc. are important.

REFRACTORY AND RESISTANT HYPERTENSION: ANTIHYPERTENSIVE THERAPY AGAINST TREATMENT RESISTANCE

Kasimova N.J.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The data obtained from cross-sectional studies agree that resistant hypertension is determined solely by the number of drugs needed for 10-20% of patients with hypertension to correct it.

For example, in the analysis of studies of a large ethnically diverse cohort in the United States, Sim et al. Individuals registered with the Southern California healthcare system were evaluated.

More than 470 thousand people were examined, of which, according to the definition of the American Heart Association, 15.3% had resistant hypertension.

Research de la Sierra et al. It was based on the study of the database of patients with hypertension in the Spanish Registry of outpatient blood pressure monitoring.

The purpose of the study. To develop a tactical algorithm for the selection of combined antihypertensive therapy in patients with uncontrolled arterial hypertension (AH) based on the application of cardiointervalography (CIG) results.

Materials and methods of research. In 121 patients with controlled hypertension (group 1) and 26 patients with uncontrolled hypertension (group 2) treated with lisinopril 20 mg, indapamide 1.5 mg and bisoprolol 5 mg, a CTG was performed to assess the tone of the central and peripheral departments of heart rate regulation.

The results of the study. The development of secondary refractory was more often associated with underestimation of symptomatic hypertension. 126 patients (9.4% of all cases of hypertension 44.8% of patients with refractory hypertension) had secondary hypertension not diagnosed earlier. Among the secondary forms, the most common diseases were those causing renal artery stenosis (89 people, 6.6% of all cases of hypertension). In 25 cases (1.9% of all cases of hypertension), non-frogenic hypertension associated with cysts and kidney tumors were detected. 6 people had aortic coarctation, 4 had large adrenal formations (3 aldosteromas and 1 pheochromocytoma). In 58 people (4.3% of all cases of hypertension, 20.6% of patients with refractory hypertension), hypertension associated with iatrogenic causes (inadequate therapeutic regimen) was detected.

In 97 people (7.2% of all patients with hypertension, 34.5% of patients with refractory hypertension), primary resistance to therapy was revealed. According to the structure of primary refraction, the patients were distributed as follows: 54 people had violations of hemorheology and microcirculation, 22 had a calcium-dependent form of hypertension, 13 had significant violations of the morphofunctional properties of the heart and blood vessels (pronounced left ventricular myocardial hypertrophy and diastolic dysfunction), 8 had increased β -adrenoreception of erythrocyte cell membranes.

In these patients, the combined antihypertensive regimen was corrected by replacing bisoprolol with moxonidine. Follow-up of patients for 3 months after changing the therapy regimen revealed a favorable decrease in systolic blood pressure from 148.3 ± 3.2 mm Hg to 132.8 ± 2.9 mm Hg, diastolic blood pressure from 98.7 ± 2.1 mm Hg to 89.3 ± 1.9 mm Hg in patients Group 1 in the spectrum of vegetative components of heart rate regulation, sympathetic peripheral influences prevailed and the presence of bisoprolol in the therapy regimen was pathogenetically justified.

Conclusion. The complex of drugs for the treatment of patients with hypertension combined with nocturnal sleep apnea syndrome should not include diuretics (due to the likely development of alkalosis) and beta-blockers (due to the progression of respiratory failure), but should consist of angio-tensin converting enzyme inhibitors and calcium antagonists of the third generation, preferably in a fixed combination

ANXIETY AND ANXIETY DISORDERS IN THE PRACTICE OF A CARDIOLOGIST

Khudoyarova N.K.
Andijan State Medical Institute

Relevance. In recent years, doctors of general clinical practice, especially cardiologists, have increasingly shown interest in identifying and treating depressive disorders in their patients.

Knowledge of the clinic and principles of treatment of anxiety in cardiology is necessary due to its high prevalence, differential diagnostic value, impact on cardiovascular events and likely negative impact on the prognosis of a cardiological patient

The purpose of our study was to identify the features of anxiety symptoms in the clinic of vegetative-vascular disorders. Vegetative-vascular disorders are combined with coronary pathology more often than with a number of other diseases. According to the literature, anxiety occurs on average in 28% of patients with vegetative-vascular disorders. The combination of these diseases worsens the clinical and social prognosis of each of them.

Materials and methods of research. In the ASMI clinic in the therapeutic department, 40 patients were examined, from 30 to 60 years old, including 18 women (45%), 22 men (55%). 2 groups were identified among the patients: I- control group in which 22 people (13 women and 9 men) used psychotropic drugs during treatment.

Group II - 18 people (5 women and 13 men) who were treated with symptomatic treatment. without the inclusion of psychotropic drugs.

In the control group, the effect was observed a week after the use of psychotropic drugs.

The results of the study. Improvement of the condition in group 2 was observed only after 3 weeks (inpatient -1 week, outpatient – 2 weeks) and only in 30% (6 patients – 4 women and 2 men)

In the group of these patients, the following disorders were noted: frequent headaches, nausea, vomiting, pain in the heart area. Anxiety is a feeling of tension, expectation, discomfort, the first objective signs (rapid breathing, muscle tension, trembling, etc.). The second psychovegetative signs: decreased mood, palpitations, sweating, attacks of dizziness, shortness of breath, mood fluctuations.

This symptomatology occurred during physical and psychoemotional stress, with exacerbation of chronic diseases.

All the observed patients turned to general practitioners, where they were treated with vegetative-vascular disorders. All patients complained of poor sleep, increased irritability, mood decline, anxiety, phobias, decreased performance, loss of interests.

After prescribing even small doses of psychotropic drugs (antidepressants, in particular fevarin and tranquilizers, in particular atarax), the condition of 27 (67.5%) patients improved in the first week, anxiety disappeared. In this regard, it is advisable to use psychotropic drugs in therapeutic practices.

Conclusion. Anxiety-depressive disorder and cardiac arrhythmias and conduction disorders are in reciprocal relationships, each of which aggravates the course of the other. In this regard, in this category of patients, in order to improve treatment indicators, quality of life and medical prognosis, it is necessary to create a close interaction of cardiologists and mental health specialists.

MODERN POSSIBILITIES OF ECHOCARDIOGRAPHY IN THE EXAMINATION
OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

*Khudoyarova N.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Resting echocardiography is currently widely used almost everywhere, representing a safe, non-invasive, painless study without side effects and contraindications.

According to the recommendations of the European Society of Cardiology, the main purpose of this study is to exclude alternative non-coronary causes of angina pectoris. Resting echocardiography can also reveal a decrease in the ejection fraction of the left ventricle and a violation of the local contractility of the left ventricle as a sign of coronary artery disease. However, it should be noted that these violations are not common.

According to Lewis S.J. et al., in a study of 252 patients without anamnestic, clinical or electrocardiographic indications of a previous myocardial infarction, who subsequently underwent coronary angiography, a violation of local contractility was detected in 31% of patients.

The purpose of the study. To study the possibilities of stress echocardiography (stress echocardiography) in assessing the clinical condition of patients after percutaneous coronary intervention (PCI).

Materials and methods. The study included 80 patients with a stable course of coronary heart disease who underwent PCI. Stress echocardiography was performed 6 and 12 months after PCI.

The results of the study. All patients received drug therapy in accordance with the recommendations before and after revascularization, including double antiplatelet therapy (acetylsalicylic acid (ASA) 75-100 mg and clopidogrel 75 mg/day) and lipid-lowering therapy. 3 (4%) patients stopped taking clopidogrel 6 months after PCI, only 60% of patients continued it after 12 months.

Adherence to ASA and statin treatment was high during the entire follow-up period (97 and 91%, respectively). More than 67% of patients received ACE inhibitors at the time of inclusion in the study, 64% continued taking medications for the annual visit. beta-blockers were prescribed to 90% of patients, by the end of the follow-up period 86% continued taking them.

Calcium antagonists and long-acting nitrates were recommended for 24 and 20% of patients, respectively. After 12 months, the need for nitrates remained in 6%, and the intake of Ca²⁺ antagonists continued in 22%. About 20% of patients were prescribed diuretics, during the follow-up period the need for their intake decreased to 15%.

After 6 months after PCI, 89% (69) patients showed clinical improvement – there were no angina attacks. Angina persisted in 11% (9), of which 6 had a lower FC than before stenting. Out of 9 patients with angina pectoris, LV myocardial ischemia was registered in 5, 3 of them underwent CT. Restenoses were not detected in these patients, but there was a progression of atherosclerosis of CA in areas that were not subjected to PCI.

75% (58) of patients had a negative result of stress EchoCG, in 16% (12) of cases the result was positive, and in 9% (7) of patients the test was not brought to diagnostic criteria for objective reasons (blood pressure rise, patient fatigue). Of the 12 patients with a positive result of stress echocardiography, 5 underwent a control CT, which revealed the progression of atherosclerosis in the arteries that had not previously undergone PCI. 12 months after PCI at the control visit, 90% (71) of patients had no clinical symptoms, in 10% (8) of cases clinical manifestations of angina pectoris persisted or resumed.

Out of 8 patients with angina pectoris, 6 underwent CT, including 4 patients with a positive result of stress echocardiography. When examined a year later, a negative result of

the test was registered in 62% (48) patients, positive in 14% (11), and in 24% (19) the test was not brought up to diagnostic criteria (blood pressure rise, patient fatigue).

Conclusion. Pulse-wave tissue dopplerography of the movement of the near wall of the ascending thoracic aorta, the rate of flow propagation in the descending thoracic aorta, evaluation of the functional properties of the ascending thoracic aorta in the mode of tissue color dopplerography in combination with M-mode are methods for diagnosing changes in the elastic properties of the thoracic aorta in persons with coronary atherosclerosis.

A decrease in the velocity of movement of the near wall of the ascending thoracic aorta, the velocity of flow propagation in the descending thoracic aorta and a decrease in the functional properties of the ascending thoracic aorta characterize changes in the elastic properties of the thoracic aorta in persons with coronary atherosclerosis.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROME

Kodirov M.K.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The complexity of diagnosing the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint is associated with the lack of a clear understanding of the mechanism of occurrence, the variety and variability of symptoms of this pathology. According to the authors, a full-fledged diagnosis of TMJ disorders is possible when conducting general clinical and special research methods.

To identify the symptoms of pain dysfunction syndrome, graphical research methods are carried out. The study of vertical movements of the mandible makes it possible to objectify and supplement the results of functional analysis. Most of the known devices for recording vertical movements of the mandible are large and do not allow storing the received data in electronic form, which can complicate diagnosis.

In this regard, there is a need to create a compact device and a computer program with the ability to analyze and save the results of the study.

The purpose of the study. To increase the effectiveness of diagnosis and treatment of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint by developing and putting into practice new methods.

Materials and methods of research. To solve the tasks, clinical observations of 107 people were analyzed. The main group included 55 patients with pain dysfunction of the temporomandibular joint, including 14 men and 41 women, aged 20 to 59 years. The comparison group included 28 people whose diagnosis and treatment were carried out by traditional methods. To determine the indicators of vertical movements of the mandible normally using the device we proposed, a control group consisting of 24 people (13 women and 11 men) aged 19 to 25 years old who did not complain about the temporomandibular joint was examined.

The results of the study. Examination maps and a database developed taking into account typical and rare symptoms made it possible to compile a complete clinical picture of the nosological forms of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint - dislocation of the intraarticular disc and occlusive articulation dysfunctional syndrome, systematize and document the data obtained in electronic form for subsequent processing.

During the examination of patients with the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint, 100% of cases were identified, taking into account which the tables of differential diagnosis of intraarticular disc dislocation and occlusive articulation dysfunctional syndrome were developed in detail.

Special research methods have established a strong correlation ($r \sim 0.98$) between the amplitude of vertical movements of the mandible, changes in the bioelectric potentials of the

masticatory muscles and the occurrence of occlusive articulation dysfunctional syndrome and dislocation of the intra-articular disc of the temporomandibular joint.

Thus, when registering vertical movements of the lower jaw, a decrease in the amplitude of mouth opening was found (by $23.8 \pm 7.1\%$ and $28.6 \pm 0.2\%$ respectively); during electromyographic examination of the masticatory and temporal muscles proper, an increase in bioelectric potentials at rest (by $36.7 \pm 10.9\%$ and $29.5 \pm 7.3\%$, respectively); a decrease with maximum compression (by $7.7 \pm 1.4\%$ and $37.2 \pm 8.4\%$, respectively); when chewing (by $9.5 \pm 2.3\%$ and $33.2 \pm 9.5\%$ with OADS of TMJ and VD of TMJ).

Examination according to the proposed scheme and etiopathogenetic complex treatment of patients of the main group showed that 89.1% of them were completely cured after 3-6 months, 7.3% had a relapse of the disease, and 3.6% of the treatment did not bring the desired result. In the comparison group, 71.4% of patients did not complain, 17.9% had a relapse of the disease, and in 10.7% of cases there was no positive result.

The created and put into practice the examination card of a patient with a disease of the temporomandibular joint, as well as the database formed on its basis, the developed device for recording vertical movements of the mandible and the proposed method for treating dislocation of the intra-articular disc of the temporomandibular joint, allowed to increase the effectiveness of diagnosis and treatment by 17.7% compared with traditional methods.

Conclusion. Based on general and special research methods, a unified examination map was compiled, including 156 symptoms, 34 of them rare, as well as a database for systematization of the data obtained and storing them in electronic form.

To study the nature of vertical movements of the mandible by registering vertical movements of the mandible before and after treatment of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint, a device and a program have been developed.

DIAGNOSIS OF ACUTE LEUKEMIA AND NON-HODGKIN'S LYMPHOMAS BY CHANGES IN THE ORAL MUCOSA

Kohorov M.K.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Data on the state of oral microbiocenosis in patients with malignant non-Hodgkin's lymphomas are presented. The conducted studies suggest that the microflora of patients with this pathology undergoes critical changes with the development of dysbiosis.

Oncological diseases, united in the group of hemoblastoses, are among the most common forms of tumors. Due to the increasing importance of human microbial ecology in maintaining its homeostasis, the study of the state of microbiocenosis of the oral mucosa becomes essential.

The purpose of the study. To develop scientifically based criteria for the early diagnosis of acute leukemia and malignant non-Hodgkin's lymphomas based on the study of the characteristic clinical features of the oral mucosa.

Material and methods of research. To solve the tasks, 104 primary patients of both sexes were examined, whose age ranged from 17 to 76 years, of them with a diagnosis of "acute non-lymphoblastic leukemia" - 42, "acute lymphoblastic leukemia" - 28 and "malignant non-Hodgkin's lymphoma" - 34. There were 48 males (46.2%) and 56 females (53.8%).

The results of the study. The study of local immunity of the oral cavity in patients with hemoblastosis revealed a decrease in the level of lysozyme activity (from $50.5 \pm 1.48\%$ in the control group to $33.95 \pm 2.71\%$; $p < 0.001$) and an increase in the coefficient of balance of factors of local immunity of the oral cavity (in patients with ONLL by 13.6 times, with ALL - by 10.65 times and with ZNL - by 7.74 times compared to the control group). In addition, patients have a sharp decrease in the natural colonization of the buccal epithelium.

Acute leukemias and malignant non-Hodgkin's lymphomas are characterized by a significant increase in the production of cytokines IL - 1(3 (249.7 + 22.96 pg/ml, in the control group - 35.78 + 2.75 pg/ml; $p < 0.001$) and TNF - a (67.21 + 7.08 pg/ml, control - 17.31 + 1.53 pg/ml; $p < 0.001$) in the oral fluid involved in inflammatory reactions, communication of the immune response and playing an important role in the process of antitumor growth.

When studying the microbiocenosis of the oral cavity in patients with hemoblastosis, a violation of the composition of the microflora, bearing the character of dysbiosis of the oral cavity, was found.

Taking into account the development of a decrease in local immunity in patients and, against this background, an increase in the pathogenicity of the oral microflora, it is necessary to conduct local treatment aimed at preventing severe infectious complications.

Conclusion. Thus, the increase in the incidence of acute leukemia and lymphoma, the frequency of pathological changes in the SOPR in these categories of patients and the lack of diagnostic criteria for recognizing these changes dictate the need for further comprehensive study of pathological processes in the SOPR in order to improve the early diagnosis of these diseases.

PREVENTION OF REPEATED SUICIDAL ACTIONS IN PERSONS WITH INCOMPLETE SUICIDES

*Kozimzhonova I.F., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Soliev D.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Suicidal behavior is an urgent ethical, moral, social and medical problem. Every year, from 873 thousand to 1 million people commit suicide worldwide, including 163 thousand in the European region.

Suicide is the 13th leading cause of death worldwide, and in the age range of 15-35 years in Europe, it ranks second after road accidents. Presumably, 10- 20 times more people commit suicide attempts, which puts this form of autoaggression on the 6th place among the causes of disability in the world

The purpose of the study. Development of methods of prevention and treatment of repeated suicide attempts in persons with incomplete suicides.

Materials and methods of research. The object of the study was persons who committed suicide attempts and were hospitalized for this reason in a psychiatric hospital in Andijan (more than 150 people).

The results of the study. In patients with moderate and severe endogenous depressive disorders and suicidal attempts at self-poisoning, a suicidal conflict is formed under the influence of both real life circumstances and pathological experiences. In patients with repeated suicidal attempts, conflicts associated with a change in the life stereotype and their own insolvency are significantly more often detected, and in patients with single attempts - with severe psychotrauma.

Suicidal tendencies in patients with depression with repeated attempts occur both with repetitive of the same type of psychotrauma, and with prolonged subjectively insoluble psychotraumatic situations. In patients with a single suicidal attempt, provoking factors are more often of a temporary nature and a combination of a number of problems is more often noted, against the background of which a random event serves as the trigger of a suicidal action.

For patients with both a single and several suicidal attempts, the following are characteristic:

-in the clinical aspect: high hereditary burden of affective pathology, alcoholism, schizophrenia, psychopathy and suicides in the family; moderate or severe degree of

depressive disorders before suicide; absence of apathetic affect; presence of irritability and facultative symptoms in the structure of the depressive symptom complex, forming a disharmonious structure of the syndrome; dissociation of the depressive symptom complex, especially the depressive triad (a combination of longing with psychomotor agitation);

-in the clinical and social aspect: low intellectual, educational and professional level; a large proportion of unemployed, lonely and socially maladapted persons; high burden of adverse factors in childhood (incomplete family, inadequate upbringing); predominance of persons with character accentuations;

-in the suicidological aspect: the presence of statements about the possibility and/or desirability of one's own death, farewell notes; the predominance of suicidal attempts such as protest-revenge, rejection of life, avoidance of the situation, blackmail of loved ones; the presence of seasonality with a peak in the month of February, suicide attempts in the evening or morning in one's own home; a high proportion of mixed (especially with alcohol) self-poisoning, the predominant use of psychotropic drugs, often prescribed in the clinic.

Patients with repeated suicidal attempts significantly differ from patients who committed a single suicide:

In the post-suicidal period, against the background of standard therapy (tricyclic antidepressants), there is a rapid decrease in the severity of depressive and anxiety disorders (almost to complete reduction by the 30th day of treatment). Slower reverse development are: a sense of tension, hypochondriac disorders, general somatic and genital symptoms.

According to clinical and psychological data, patients with a high risk of repeating a suicide attempt significantly differ in a higher level of social, physical and mental distress. These are persons with pronounced social maladaptation, deeply experiencing their alienation from society, a high level of self-alienation (self-stigmatization), social introversion. They are characterized by: narcissism, hypersensitivity, dependence, sharpness of reaction, decreased tolerance to mental stress, a pronounced inferiority complex, sharpening of personal traits, immorality, inability and unwillingness to take responsibility for their actions, a more pronounced decrease in mental capacity, memory and intelligence, concern about their somatic state and pronounced "subjective depression" with anxiety, mental dullness, obsessive reflections of pessimistic content,

Conclusion. In this regard, an important area of suicide prevention is the early detection of mental disorders and suicidal risk at the stage of primary medical care before the patient goes to a psychiatrist.

MODERN APPROACHES TO PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER EXTREMITIES

*Kurbanova D. I., Kosimov Z.O., Usmanova F.T.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Despite the many different medical methods of therapy for chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities, the number of unsatisfactory treatment results remains high. Non-pharmacological therapeutic approaches are promising

Prescribing pharmacological and non-drug immunocorrection to patients stimulates anti-infective protection. The issue of developing an algorithm for the complex use of various methods of treatment of patients with chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities in a day hospital remains relevant.

Thus, various issues of the organization of modern structures of outpatient surgery, the specifics of surgical interventions in these conditions, the management of patients in the postoperative period and the social significance of the reform of the outpatient service as a whole are relevant for scientific medicine and practical healthcare.

The purpose of the study. to study the effectiveness of pharmacotherapy of chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities.

Materials and methods of research. Patients were randomly divided into 2 groups, each patient underwent a 10-day course of intravenous infusions. Group 1 consisted of 40 patients who were prescribed Actovegin 4 mg/ml, 250 ml as monotherapy. Group 2 included 40 patients who received infusions of dextrans and pentoxifylline at a dose of 100 mg. The age of patients in the 1st group was 54-77 years (64.8 ± 9.9 years), in the second – 42-86 years (64.3 ± 14.2 years).

The results of the study. In all patients, the cause of ischemia was obliterating atherosclerosis of the arteries of the lower extremities. The majority of patients had 2-3 concomitant diseases, ischemic heart disease (functional class I–II) and arterial hypertension (stage I–II) prevailed. Smoking in the hospital is strictly prohibited, before hospitalization, smoking was confirmed by 4 (10%) patients in group 1 and 7 (17.5%) patients in group 2. There were no statistically significant differences in age and pain-free walking distance before treatment. All patients additionally received oral antiplatelet, hypolipidemic therapy. In the presence of indications, patients underwent surgical treatment strictly after a course of infusions and a control study. In both groups, the increase in the distance of pain-free walking was estimated. The measurement method is a treadmill test without a slope at a speed of 3 km/h.

The tolerability of infusion therapy in both groups was satisfactory, no side effects were registered. The increase in the pain-free walking distance was 58.8% in group 1 and 60.7% in group 2, the difference is statistically unreliable ($p=0.68$).

After a course of infusion therapy in group 2 patients, reliable dynamics was obtained only for the time of reaching the maximum level of perfusion under thermal exposure; an increase in the amplitude of respiratory-induced fluctuations in blood flow during basal perfusion has no independent significance.

In group 1 patients with basal perfusion, there is a significant increase in the amplitude of myogenic fluctuations in blood flow, which indicates the degree of disclosure of precapillary arterioles and capillary sphincters, a decrease with a tendency to reliability of the bypass parameter and an increase in the amplitude of respiratory-induced fluctuations in blood flow. In response to the thermal stimulus, there is an increase with a tendency to reliability of the amplitude of endothelial fluctuations in blood flow and a significant increase in the level of thermal vasodilation.

Assessing the dynamics of the indicators of the functional state of the regulatory mechanisms of microcirculation, it is possible to speak with a sufficient degree of confidence about the mechanisms of action of various drugs in patients with chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities. Positive dynamics in the group of Actovegin infusions was achieved due to the endothelioprotective effect and blood flow mainly into the capillary bed.

Conclusion. Despite the many methods of drug, non-drug therapy and immunocorrection, it must be said that it is necessary to search for combined methods of treatment of this category of patients, both in the preoperative period, to prepare the receptive channel for increasing blood flow after reconstructive surgery, and to be able to delay surgical treatment. The issue of developing an algorithm for the complex treatment of patients with chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities in a day hospital for the development of hospital-substituting technologies for the treatment of obliterating diseases of the arteries of the lower extremities remains relevant.

**GIDROLAZ ORQALI OLINGAN PAST MOLEKULYAR OG'IRLIKDAGI
GEPARINLARNING ANTIKOAGULYANT FAOLLIGI**

*Kurbanova D. I., Kosimov Z.O., Usmanova F.T.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbliqi. Tromboz va emboliyalarning oldini olish va davolash, ayniqsa, operatsiyadan keyingi bemorlarda sezilarli darajada morbidlik va o'lim bilan bog'liq eng muhim tibbiy muammodir. Hatto argroskopiya kabi qisqa protsedura trombozga olib kelishi mumkin. Trombozning oldini olish va davolash natijalari miyokard infarktlari, qon tomirlari, ICE sindromi va boshqalar bilan kurashishning muvaffaqiyatiga bog'liq.

Tadqiqotning maqsadi. Turli kelib chiqishi gidrolizlanadi nefraksiionirovannyh heparin bir qator eng faol nmg tanlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. 61 - 1,6 kda mm bo'lgan 9,0 qon koagulyatsion tizimiga heparin namunasining ta'siri tekshirildi. Bemorlar tasodifiy 2 guruhga taqsimlanadi. 1-guruhdagi bemorlarning yoshi 54-77 yil ($64,8 \pm 9,9$ yil), ikkinchisi – 42-86 yil ($64,3 \pm 14,2$ yil).

Tadqiqot natijalari. Birinchi marta ferment papain, selloviridin, ximotripsin, proteaz s, Lizozim NFGNI engil qoramol va cho'chqa ichak shilliq qavatidan gidrolizlash qobiliyatini ko'rsatdi; NFG fermentlarini gidrolizlashda, hech qachon bu maqsadda ishlatilmaydigan, molekulyar og'irlik aha /alia faoliyatining 1,5 — 2,52 ga nisbati kamaydi va ortdi.

Bu o'pka qoramol dan NFG depolimerization tomonidan olingan nmg namunalari o'ziga xos antikoagulyant faoliyati cho'chqa ichak shilliq dan NFG depolimerization tomonidan olingan nmg namunalari o'ziga xos antikoagulyant faoliyati farq qilmaydi, deb ko'rsatilgan.

Geparinlar va polikatlar (protamin sulfat, chitosan mm 4-21 kda va deatsetilatsiya darajasi 61 - 93%) o'rtasida komplekslarni aniqlashning samarali, tezkor va sifatli usuli ishlab chiqilgan bo'lib, u bir qator tahlil qilingan heparinlardan eng katta antitrombin faolligi bo'lgan namunalarni ajratish imkonini beradi.

Protamin sulfatining nmg amidolitik trombin faolligi namunalari bilan 90-100% ga va xa omilining 100% ga (mm heparinga qarab) inhibitsiyonini bartaraf etish qobiliyati ko'rsatiladi; protamin sulfat aptv testida fibrin pıhtısının paydo bo'lish vaqti nmg namunalari bilan uzayishini bartaraf etish qobiliyatini ko'rsatdi 80%.

Mm 5,4 kda (NFG proteaz s gidroliz), mm 4,7 kda (*Streptomyces kurssanovii* ferment kompleksi gidroliz) bilan nmg bilan intravenöz (0,3; 0,5; 0,8 va 3 mg/kg) teri osti (43 - 143 u/kg va 286 -4980 aha u/kg) in'ektsiyalari bilan nmg ning farmakodinamik parametrlari ko'rsatilgan fraxiparinning farmakodinamik parametrlari bilan solishtirish mumkin; mm 5,4 kda (proteaz s bilan NFG gidroliz) va mm 4,7 kda bilan nmg namunalarning teri osti va tomir ichiga yuborilishida quyonlarning plazma aktivlarining aXa/alla nisbati in vitro o'ziga xos faoliyat nisbatidan yuqori.

Nmg 5,4 va 4,7 bir xil darajada va fraxiparin sifatida ham samarali, kalamushlarda eksperimental trombozning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi; nmg 5,4 va 4,7 ning gemorragik faolligi fraxiparin uchun taqqoslanadi; nmg-4,7 va nmg-5,4 teri osti quyonlari quyonlarga quyonlarning plazmasidan protein faolligini kamaytiradi; nmg-4,7 va nmg-5,4 teri osti quyonlarga kirish plazminogen faolligini sezilarli darajada oshiradi.

Xulosa. *Streptomyces kurssanovii*, Lizozim, proteaz C, papain, trixoderma, ximotripsin, samarali antikoagulyant dori ishlab chiqarish nuqtai nazaridan istiqbolli hisoblanadi: tadqiqot natijalari biz enzimatik komplekslari bilan NFG gidroliz tomonidan nmg ishlab chiqarish taklif qilish imkonini beradi. Olingan nmg quyon namunalarning ayrim teri ostiga kiritilganda, yarim umr bir xil dozalarda fraxiparinning yarim umri bilan taqqoslanadi. Nmg tomonidan olingan AK faoliyatini bartaraf etish uchun protamin sulfat va chitosan antidot sifatida foydalanish istiqbollari ko'rsatilgan. Geparinlar va polikatlar o'rtasidagi komplekslarni aniqlash usuli ishlab chiqildi.

**CLINICAL MORPHOLOGY OF THE ALGORITHM FOR ASSESSING THE
DEGREE OF RESPIRATORY DAMAGE AND THEIR DIAGNOSIS IN COVID 19**

Kutlikova G.M
Andijan State Medical Institute

Relevance. The paper describes in detail and illustrates the features of upper respiratory tract lesions in COVID-19 patients identified during autopsies.

The algorithm of COVID-19 diagnostics based on the use of modern approaches, methods and technologies, taking into account the accumulated experience of world medical practice, is described.

Currently, intensive study of the clinical and epidemiological features of the disease continues, the development of new means of its prevention and treatment.

The purpose of the study. To assess the degree of respiratory damage in COVID 19 and to study the clinical morphology of the algorithm for their diagnosis.

Materials and methods of research. The results of 150 autopsies, a unique number of pathoanatomic autopsies conducted in Andijan for COVID-19, were studied.

The results of the study. The pathological changes of the lungs characteristic of COVID-19, varying in their prevalence, were detected in all the deceased and consisted in the development of diffuse alveolar damage (DAP) in combination with damage to the vascular bed of the lungs (microangiopathy, thrombosis, in some cases destructive-productive vasculitis) and alveolar hemorrhagic syndrome, mainly in the first, exudative, the DAP phase. Such viral interstitial pneumonia with a vascular and hemorrhagic component was the morphological substrate of ARDS.

The presence of clinical manifestations of severe pneumonia, with characteristic changes in the lungs according to computed tomography or chest X-ray (see paragraph 3.1 and appendix 1 of these recommendations) regardless of the results of a single laboratory test for the presence of SARS-CoV-2 RNA and an epidemiological history.

A case suspected of COVID-19 when it is impossible to conduct a laboratory test for the presence of SARS-CoV-2 RNA.

Conclusion. In different countries, there is a different approach to the formulation of a pathoanatomical diagnosis, the selection and accounting of the causes of death from COVID-19, which probably explains the significant differences in mortality statistics. Uniform international recommendations for COVID-19 are presented in the WHO recommendations dated 16-20.04.2020.

**ASSESSMENT OF THE DEGREE OF RESPIRATORY DAMAGE AND THEIR
DIAGNOSIS IN COVID 19**

Kutlikova G.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. The appearance of COVID-19 has set tasks for healthcare professionals related to the rapid diagnosis and provision of medical care to patients

The most common clinical manifestation of a new variant of coronavirus infection is bilateral pneumonia (viral diffuse alveolar injury with microangiopathy), 3-4% of patients have registered the development of acute respiratory distress syndrome (ARDS).

Some patients develop hypercoagulation syndrome with thrombosis and thromboembolism, other organs and systems are also affected (central nervous system, myocardium, kidneys, liver, gastrointestinal tract, endocrine and immune systems), sepsis and septic shock may develop[1].

According to the results of serological and phylogenetic analysis, coronaviruses are divided into four genera: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus and Deltacoronavirus. The natural hosts of most of the currently known coronaviruses are mammals[2].

The purpose of the study. To assess the degree of respiratory damage in COVID 19 and to study the clinical morphology of the algorithm for their diagnosis.

Materials and methods of research. The results of 150 autopsies, a unique number of pathoanatomic autopsies conducted in Andijan for COVID-19, were studied.

The results of the study. The pathological changes of the lungs characteristic of COVID-19, varying in their prevalence, were detected in all the deceased and consisted in the development of diffuse alveolar damage (DAP) in combination with damage to the vascular bed of the lungs (microangiopathy, thrombosis, in some cases destructive-productive vasculitis) and alveolar hemorrhagic syndrome, mainly in the first, exudative, the DAP phase. Such viral interstitial pneumonia with a vascular and hemorrhagic component was the morphological substrate of ARDS.

The presence of clinical manifestations of severe pneumonia, with characteristic changes in the lungs according to computed tomography or chest X-ray (see paragraph 3.1 and appendix 1 of these recommendations) regardless of the results of a single laboratory test for the presence of SARS-CoV-2 RNA and an epidemiological history.

A case suspected of COVID-19 when it is impossible to conduct a laboratory test for the presence of SARS-CoV-2 RNA.

Conclusion. When formulating a pathoanatomic diagnosis and issuing a medical death certificate, it is important to follow WHO international recommendations, although some of them contradict the basics of pathology. ARDS, which is a clinical manifestation of diffuse alveolar injury, is recommended to be indicated as a complication of COVID-19, although it is its morphological substrate.

TAMAKI GIYOHVANDLIGIGA QARSHI KURASHNING PSIXOLOGIK USULLARI

*Malikova A.E., Agranovskiy M. L., Maxmudova X.X., Mo'minov R. K.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Kirish. Bugungi kunda hamma joyda olib borilayotgan profilaktika choralariga qaramasdan, chekuvchilar soni tobora ortib bormoqda. Chekish katta tajribaga ega ko'p odamlar, chekishni tashlashga tayyor, lekin ba'zi sabablarga ko'ra, barcha qaytib va chekish qaytib keladi.

Sigaret chekadigan odamlar shartli ravishda uchta guruhga tegishli bo'lishi mumkin: nikotinga qaramlik sindromi (fiziologik qaramlik) mavjud, nikotinga qaramlik yo'q, chekish psixologik qaramlik bilan bog'liq; ikki turdagi qaramlikning kombinatsiyasi-jismoniy va psixologik.

Tadqiqotning maqsadi. "Ikki tomonlama kodlash" usuli bilan tamaki qaramligini psixologik davolash samaradorligini o'rganish.

Tadqiqot usuli. "Ikkilamchi kodlash" usuli bilan psixoterapevtik davolanish tamaki bilan bog'liq bo'lgan 138 bemor tomonidan amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Tamaki bog'liqligining diagnostikasi nikotin giyohvandligi tasnifi bo'yicha amalga oshirildi.

I bosqich – maishiy chekish) - tizimli bo'lmagan chekish(kuniga taxminan 5 ta sigaret), nikotinni olib tashlash yo'q, vegetosomatik hodisalar yo'q yoki zaif, to'liq qaytariladigan;

II bosqich – odatdagi chekish) - doimiy chekish (kuniga 5 15 sigaret), giyohvandlik qisman jismoniy, bag'rikenglik oshdi, chekinishi, ichki organlar zararlanishlar chekishni to'xtatish keyin qaytib ma'lum darajada, ahamiyatsiz bo'ladi;

III bosqich – xolis chekish) - chekish bag'rikenglik yuqori, olib tashlash og'ir, qaramlik faqat jismoniy, orzuni his (bir kishi kuniga sigaret yoki sigaret kamida 1-1,5 paketlarini sigaret), ro'za chekish odat ishlab chiqildi va darhol ovqatdan so'ng, shuningdek, kechanning yarmida. Ushbu guruhdagi barcha bemorlarda ichki organlar va asab tizimining sezilarli zararlanishi aniqlanadi.

Tamaki bog'liqligining birinchi bosqichi 58 bemorda (42,0%), ikkinchi bosqichda – 56 bemorda (40,6%), uchinchi bosqichda – 24 bemorda (17,4%) tashxis qo'yilgan. Ularning yoshi 20 dan 65 yilgacha bo'lgan. Erkaklar 106 bemor (76,8%), ayollar – 32 bemor (23,2%) edi. Muntazam chekish davomiyligi 5 dan 33 yilgacha (o'rtacha 19,5+2,3) bo'lgan.

Davolash natijalari. Tamaki chekishning birinchi bosqichi (58 kishi) bo'lgan bemorlarda tamaki chekishni to'xtatish 100% hollarda kuzatildi. Tamaki qaramligining ikkinchi bosqichi (56 kishi) bo'lgan bemorlarda davolanish samaradorligi 92,9% edi. Tamaki qaramligining uchinchi bosqichida (24 bemor) chekishni to'xtatish 79,2% da kuzatildi.

Bugungi kunda ular refleksoterapiya, mikrochip dasturlash, dori-darmonlarni davolash va sezgir repressiya usulini o'z ichiga olgan nikotinga qaramlikni davolashning innovatsion usullaridan foydalanadilar. Tamaki qaramligini bartaraf etish uchun murakkab ishlarni bajarish kerak, bu esa qaramlikni samarali davolash va mutaxassislar va bemorning birgalikdagi ishlarining ijobiy natijalariga erishishga imkon beradi.

Davolashning umumiy samaradorligi 93,5% (129 bemor) edi. Shu bilan birga, sifatli eng yaxshi holatning sezilarli darajada sezilarli miqdordagi remissiyalari kuzatildi va tamaki chekishni to'xtatish tamaki chekish va heterojen psixopatologik simptomlarning yo'qolishi bilan og'riqan bemorlarda yo'qolib ketish bilan birlashtirildi.

Xulosa. Bundan tashqari, dori-darmonlar, akupunktur va kollektiv hissiy-stress psixoterapiyasi bilan solishtirganda davolanish vaqtida sezilarli pasayish kuzatiladi.

STRUCTURAL AND DYNAMIC FEATURES OF HIGH-FUNCTIONAL AUTISTIC DISORDERS IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

*Malikova A.E., Agranovsky M.L., Sarbaeva N.K., Muminov R.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The relevance of studying autism spectrum disorders (ASD) is associated with the high frequency of occurrence of this pathology, with diagnostic difficulties and an insufficiently developed system of specialized care for this contingent of patients. In particular, there is an acute problem of integration into the education system of children with highly functional races, who, having a sufficiently high intelligence, have serious problems of social functioning.

The purpose of the study. To study the structural and dynamic features of high—functioning autism in primary school children in order to develop the principles of a differentiated approach to rehabilitation and training.

Methodology and methods of research. The present study was conducted during 2017-2019 in the AOPND. At the stage of development of the scale of quantitative assessment of child autism (SKODA) clinically, as well as using the SKODA scale and the CARS scale, The Childhood Autism Rating Scale, a group of children from 6 to 12 years old suffering from various forms of mental disorders and receiving medical and psychological and pedagogical assistance in the conditions of AOPND of children and adolescents (193 people).

The results of the study. This sample included patients with autism spectrum disorders (143 children. 74.09% of observations) and a control group of 50 children (25.91% of observations) with mental disorders that do not imply a predominance of autistic disorders in their structure. The majority of the sample consisted of children with intellectual development within the normal and boundary values - 148 people (76.68% of the total number of

observations). This feature of the sample was due to the fact, that the main interest was the sensitivity of the author's SKODA scale to high-functional disorders of the autistic spectrum.

Conclusion. A differentiated approach is needed to the complex of treatment and rehabilitation measures for children with autism spectrum disorders. Structural and dynamic assessment of the child's condition is the basis for the formation of an individual program of psychological and pedagogical correction, drug therapy and psychosocial rehabilitation.

O'SMIRLAR ORASIDA ALKOGOLIZMNING OLDINI OLIISH VA DAVOLASH CHORALARI

*Malikova A. E., Agranovskiy M. L., Mo'minov R. K., Karimov A. X.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Kirish. Barkamol alkogolizm muammosi alohida e'tiborni talab qiladi, bu esa alkogolizmning sabablari va oqibatlarini oldini olishga qaratilgan o'smirlar bilan profilaktika ishlarini talab qiladi; o'smirlarning bo'sh vaqtlarini tashkil etish, chunki bo'sh dam olish o'smir spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishda etakchi xavf omilidir; o'smirlik tvpдрdyh anti-alkogol e'tiqod shakllantirish: a hushyor turmush tarzi zarurligi haqida, alkogol suiiste'mol o'smir anti-ijtimoiy shaxsini shakllantirish, ichkilikbozlik va alkogolizm axloqsizlik tana shakllantirish davrida spirtli ichimliklarni iste'mol yo'l qo'ymaslik haqida.

Tadqiqotning maqsadi. U o'smirlik davrida spirtli ichimliklarga qaramlikning oldini olish bo'yicha mashg'ulotlar majmuasining samaradorligini aniqlashdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot maqsadi: o'smirlik davrida spirtli ichimliklarga qaramlik. Tadqiqot mavzusi: o'smirlik davrida spirtli ichimliklarga qaramlikning oldini olish jarayoni.

Tadqiqot natijalari. Biz ko'rib chiqqan yondashuvlar asosida (mahalliy va xorijiy pedagogik amaliyotda) psixoaktiv moddalarni, shu jumladan spirtli ichimliklarni oldini olishning o'z modellari ishlab chiqildi, ko'plab profilaktik dasturlar ishlab chiqildi.

Tadqiqot natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, ko'pchilik talabalar (76,5%) sinfdoshlari tomonidan spirtli ichimliklarni salbiy namoyon qilish deb hisoblamaydilar, 55,7% spirtli ichimliklarni muntazam iste'mol qilish do'stlikni to'xtatish uchun asos emas va faqat 13,4% spirtli ichimliklarni iste'mol qiladigan tengdoshlar bilan do'stona muloqot qilish

Shu bilan birga, ota-onalarning so'rov natijalari shuni ko'rsatadiki, ota-onalarning voyaga etmagan spirtli ichimliklarni iste'mol qilish muammosi bilan bog'liq umumiy tashvishlari, bu muammoni o'z farzandlariga jalb qilish haqida etarli darajada xabardor emas, shuningdek, yosh avlodning erta alkogolizatsiyasini oldini olish jarayonida oilaning rolini bilishning etarli emasligi

Oldini olishning mavjud ta'riflarini tahlil qilib, o'smirlar orasida alkogolizmning oldini olishda, biz o'smirning alkogolizmiga to'sqinlik qiluvchi qadriyatlar, qarashlar va munosabatlar tizimini shakllantirishga qaratilgan shaxsga maqsadli ta'sir o'tkazish jarayonini tushunamiz/

Pedagogik faoliyat printsiplari sifatida individualizatsiya bolalarning rivojlanishdagi adaptiv buzilishlarni samarali ravishda ochib berishi va potentsial imkoniyatlarini ochib berishi, ularning " ijobiy " tomonlarini aniqlashi mumkin, chunki ular ta'lim va tarbiya jarayonida asoslanishi mumkin, chunki biologik va ijtimoiy sharoitlarning muayyan darajada rivojlanishidagi noqulayligi-va sezilarli darajada to'g'rilanishi mumkin, tegishli pedagogik shart-sharoitlarni yaratishda tuzatilishi mumkin

Shuning uchun, tajriba va eksperimental ishning birinchi bosqichida-shaxsiyatning psixologik xususiyatlarini o'rganish va o'smirlarning ijtimoiy o'zaro ta'siri, biz N Eagle metodologiyasini noto'g'ri xatti-harakatlarga (sop), shuningdek, J Kellyning shaxsiy dizayn usuli

Jinsiy farqlarni o'rganish shuni ko'rsatdiki, pastki namunaning ayol qismida erkak (40,0 ball) dan ko'ra "Addictive xatti-harakatlarga moyillik" miqyosida yuqori ball (42,6 ball) aniqlandi, bu ayolda xatti-harakatlarning ijtimoiy nazorati erkaklaridan yuqori

J Kelli usuli bo'yicha olingan ma'lumotlar spirtli ichimliklarni iste'mol qilish uchun o'rganilayotgan o'smirlar guruhining mavjudligi, spirtli ichimliklarni zavq, quvonch, do'stona munosabat bilan bog'lash va tanaga zarar etkazish darajasini kamligini xulosa qilish imkonini berdi

Tadqiqot davomida olingan o'smirlar va ularning ijtimoiy munosabatlarining o'ziga xos xususiyatlari lagerda profilaktik ishlarning asosini tashkil etdi

Shunday qilib, olingan natijalarning dinamikasi asosiy ko'rsatkichlar bo'yicha ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatdi va biz ilgari surgan gipotezani tasdiqladi

Xulosa. Tadqiqot davomida ishlab chiqilgan nazariy qoidalar va xulosalar muayyan metodik tavsiyalarga olib keladi, ularning amaliyotga kiritilishi o'smirlar tomonidan spirtli ichimliklarni iste'mol qilishning oldini olishga yordam beradi; o'smirlik davrida spirtli ichimliklarga qaramlikning oldini olish bo'yicha ishlab chiqilgan mashg'ulotlar majmuasi ta'lim muassasasining amaliyotiga kiritildi.

Oila darajasida alkogolizmning oldini olish bir qator tadbirlarni o'z ichiga oladi: tashkiliy, ijtimoiy, psixologik va pedagogik va tibbiy. Oila darajasida alkogolizmning oldini olish birgalikda ijodiy faoliyatga qaratilgan o'yin mashg'ulotlaridan foydalanish orqali amalga oshiriladi.

DYNAMICS OF THE LEVEL OF MANIFESTATION OF NEUROPSYCHIC TENSION IN FUTURE GENERAL PRACTITIONERS BEFORE AND AFTER THE TRAINING PROGRAM

Mamadiyarova D.U.

Samarkand State Medical University

Relevance of the topic. Today, the socio-psychological components of the professional activity of general practitioners, its stressfulness, remain without due attention of researchers. Specialists from various industries are trying to give meaning to the very concept of a general practitioner and, on this basis, to determine its main functions, problematic aspects. However, as practice shows, there is a lack of a unified approach to this problem.

Purpose of the study: To determine the dynamics of the level of manifestation of neuropsychic stress in future general practitioners before and after the training program.

Material and methods of research: For the purposes of the study, the dynamics of the level of manifestation of neuropsychic tension in future general practitioners was revealed, an empirical study was organized and conducted, in which 98 future general practitioners, third, fourth and fifth years of study, as female, as well as male. To achieve the goal, a questionnaire for determining the neuropsychic stress of T.A. Nemchina.

Research results. The analysis of the results of the first and second psychodiagnostic examinations showed that, following the results of the training program, the future general practitioners of the experimental group (n=98) significantly improved the severity of the previously identified complex of individual psychological characteristics interpreted as a group of personal determinants of professional stress. Thus, the number of respondents with a high level of manifestation of neuropsychic stress (diagnosed using the Questionnaire for determining neuropsychic stress by T.A. Nemchin) decreased from 50% (49 people - before the training program) to 8.2% (8 people - after the program of training sessions). Accordingly, future general practitioners with an average and low level of manifestation of neuropsychic stress increased from 50% (49 people - before the training program) to 91.8% (90 people - after the training program)

Conclusion: As a result, the level of manifestation of neuropsychic stress decreased in future general practitioners.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF TRAUMATIC,
ORTHOPEDIC, AND NEUROSURGICAL DISEASES

*Manasvi S.
Andijan State Medical Institute*

Modern medicine is making great strides in the treatment of various injuries and diseases of the musculoskeletal system. Science does not stand still, new developments and methods of therapy appear, but, unfortunately, patients are not always sufficiently informed about what options for solving their problems exist, as well as where to get qualified help. As a result, treatment is often limited to traditional methods, which are far from always effective. Meanwhile, the use of the latest achievements of medical science in the treatment of injuries and musculoskeletal and neurogenic diseases can significantly improve the quality of life of patients, abandon a number of conservative methods, accelerate the rehabilitation period and reduce the time spent in hospital.

Modern medicine is a system that includes many separate areas. One of such narrow-profile areas is orthopaedics. Orthopaedics is a separate branch of practical medicine, the purpose of which is to study the problems of the musculoskeletal system. Specialists working in this direction are based on the latest achievements in medicine. They carry out :Diagnostics; Treatment; Prevention of various diseases of the system of organs of movement. In other words, this area of medicine deals with the study of pathologies that have arisen due to injuries, as well as developing abnormalities against the background of other diseases. That is, patients with fractures, dislocations and sprains need to contact a specialist such as an orthopaedic specialist, who will provide qualified assistance and take on further treatment. Thanks to the latest developments, orthopaedist and traumatologist working at popular hospital today use the most up-to-date techniques for correcting various defects in bones and soft tissues. New approaches are also being applied in the treatment of joint diseases. The orthopaedic experts use following modern high-tech methods:

For bone fractures, **Osteosynthesis** with plates and pins allows the patient to return to self-care in a short time, significantly speed up his return to active life, significantly reduce the risk of developing post-traumatic complications, achieve a good cosmetic effect, and restore the function of the damaged organ.

Endoprosthesis of the hip, knee, shoulder and ankle joints returns patients to a full life, and also significantly improves the quality of life of elderly people who are limited in movement and who were in constant dependence on others before treatment.

Arthroscopic methods of diagnosis and treatment is done with a modern equipment (arthroscopic meniscus resection, anterior cruciate ligament plastic, chondroplasty). Minimally invasive manipulation is performed using an arthroscope, a device that is inserted into the joint through a small incision. Thus, the injury rate of the operation is minimized, and the rehabilitation period is significantly reduced.

Artificial movement correction through **electrical muscle stimulation** eliminates physical and cosmetic defects, normalizes the function of joints, relieves pain, and slows down degenerative changes in the joints (osteotomy of long ribbed bones, deformity of the feet).

Doctors of best orthopaedic hospital in most developed countries use an integrated approach and work in close cooperation with doctors of other areas.

Likewise to orthopaedics recently, there has been a renaissance of interest in the surgical treatment of neurogenic diseases. Modern psychiatric neurosurgical procedures are quite safe, with extremely low surgical mortality rates and transient postoperative morbidity.

In selected cases, patients with conditions that had previously been completely refractory to comprehensive medical and behavioral intervention demonstrated significant improvement. This improvement was usually observed in the absence of long-term adverse neuropsychological consequences.

Recent indications for the four currently used procedures (cingulotomy, subcaudate tractotomy, limbic leukotomy, and capsulotomy), together with advances in neurobiology, psychiatry, functional imaging, and stereotaxy, support the further investigation of modern functional neurosurgical procedures to treat psychiatric disorders.

Neuro-imaging, intra-operative neuro-monitoring, neuronavigation, and neuro-modulation are computer-based applications which are now routinely used in standard neurosurgical practice

Functional neuro-imaging is being studied for epilepsy surgery. **MRI spectroscopy** (metabolic neuro-imaging) is being used to differentiate brain tumours from infections and metastasis. Intraoperative MRI imaging is nowadays being used for rendering maximal safe resection of the brain tumours such as gliomas and pituitary adenomas.

Neuromodulation with stem cells for neurological functional restoration is currently being utilized for selected patients with spinal cord injury and certain degenerative neurological diseases. Although the results are modest, they offer some hope for these debilitated patients

To conclude taken together, these principles provide complete personalized diagnosis and prognosis which allow choosing an optimal management of the patient. The strategy for better diagnosis, prognosis and treatment of head injury is the combined use of clinical, neuroimaging and ethical approaches.

ASSESSMENT OF PATHOLOGIES OF THE HEMOSTASIS SYSTEM IN HEREDITARY BLOOD DISEASES

Mirzaahmedova I.Z.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Diagnosis, treatment and prevention of disorders in the hemostasis system is an important problem of modern medicine. The relevance is due to the high frequency and severe consequences of thrombosis and thromboembolism. The hemostasis system includes three main closely interrelated morpho-functional links: vascular, plasma-coagulation and cellular. The main mechanism of arterial and venous thrombosis formation is associated with an increase in blood procoagulation activity, stasis, and imbalance with anticoagulants and fibrinolytic factors. Pathology is complex and little studied in hereditary blood diseases, when, along with progressive hemolytic anemia, thrombohemorrhagic complications develop, which ultimately can cause cardiovascular insufficiency and often death.

The purpose of the study. To study the parameters of the plasma coagulation link of hemostasis in patients with sickle cell anemia (SCA), intermediate beta-thalassemia (PT) and drepanothalassemia (DT), a combination of SCA and PT, before and after treatment.

Materials and methods of research. 20 patients with SKA, 30 with PT and 26 with DT, aged 14-43 years, who underwent splenectomy were examined. To assess the physiological parameters of the studied hemostasis parameters, a control group of 30 practically healthy individuals was examined.

The results of the study. Hemostasis was impaired to varying degrees in the observed patients with SKA, PT and DT before splenectomy surgery. There were no statistically significant differences between the number of platelets in the control group and patients with SCA, before and after splenectomy. Their normal level correlated with the normal values of TAT, D-dimer and C-protein and did not significantly differ from the elevated values of

APTT, AT-III, PT and PH concentration. Compared with this group, the analysis of the plasma coagulation link of hemostasis in patients with PT and DT, both before and after splenectomy revealed more significant changes. Violations of coagulation hemostasis testified to the activation of the system in the form of hypercoagulation and a decrease in anticoagulation function. After surgery, elevated mean values of PH, PV and D-dimer were detected in PT and DT, which indicates a weakening of fibrinolysis activity.

Statistically significant differences in platelet aggregation activity between groups of patients with PT and DT were obtained. In patients with PT, an increase in the functional activity of platelets was revealed in comparison with the control group and patients with DT. An increase in both spontaneous platelet aggregation and induced platelet aggregation (ADP, adrenaline, ristomycin) was found. Such activation of platelets leads to the progression of the disease with the subsequent development of severe complications.

The obtained results of the studies conducted in hereditary blood pathology indicate the great importance of the detected violations of the hemostasis system at the 1st stage of screening, which dictates the need, without fail, for a comprehensive examination of this category of patients.

An increase in the severity of GCS in SCA, PT and DT after splenectomy surgery makes it possible to assess the risk of possible complications, to determine in a timely manner an individual program of antithrombotic therapy and prevention.

Conclusions. The study of all parts of the hemostasis system in dynamics, before and after splenectomy, taking into account the clinical manifestations of diseases, will allow us to create a certain model of the effect of an enlarged spleen on hemostasis, in order to optimize drug and surgical treatment.

The study of platelet aggregation plays an important role in terms of assessing the physiology and pathology of the hemostasis system in patients with hereditary blood abnormalities. It is important in patients with PT and DT, prone to thrombotic complications, to identify cases of spontaneous and induced aggregation, which will allow timely determination of the functional ability of platelets.

ANEMIA IN PATIENTS WITH LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASES: PATHOGENETIC FEATURES AND POSSIBILITIES OF THERAPY

*Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Anemia is one of the most severe and frequent complications in patients with lymphoproliferative diseases and is diagnosed in about 40-60% of patients. It is more often detected in the common stage of the disease. Anemia can be a manifestation of the underlying disease, and it can also be a consequence of ongoing chemotherapy. Anemia of varying severity is observed in almost all patients receiving programmatic polychemotherapy, after which its severity worsens.

Thus, the pathogenesis of anemia may include narrowing of the hematopoiesis bridgehead due to infiltration of the bone marrow by tumor cells, the effect of chemotherapy on erythropoiesis, as well as inadequate production of erythropoietin by specific kidney cells.

The purpose of the study. The purpose of this study was to study the role of erythropoietins in the development of anemia in patients with lymphoproliferative diseases, as well as to improve the quality of medical care for patients with non-Hodgkin's lymphomas, chronic lymphocytic leukemia and multiple myeloma, the course of which was complicated by the development of anemia, by improving diagnostic methods, prevention and treatment.

Materials and methods of research. To solve the tasks, a retrospective analysis of the prevalence of anemia in patients with lymphoproliferative diseases at the time of diagnosis

was carried out, determining the degree of its severity. The data of 102 patients in the debut of the lymphocytic transferative disease were analyzed.

Anemia is a frequent complication of lymphoproliferative diseases. Anemia was detected in 81% of patients with multiple myeloma, in 63% of patients with chronic lymphocytic leukemia and in 58% of patients with non-Hodgkin's lymphomas. Anemia was found in 65% of patients with newly diagnosed lymphoproliferative disease.

Chemotherapy is one of the factors contributing to the development of anemia that requires correction. Transfusions of hemocomponents are necessary for 55% of patients with lymphoproliferative diseases receiving chemotherapy.

In patients with HDL, the leading role in the development of anemia is played by relative erythropoietin deficiency. An inadequately low level of endogenous erythropoietin was detected in patients with non-Hodgkin's lymphomas, chronic lymphocytic leukemia and multiple myeloma.

The use of recombinant human erythropoietin for the correction of anemia in patients with lymphoproliferative diseases receiving autologous transplantation of peripheral blood stem cells makes it possible to correct the inadequately low production of endogenous erythropoietin and reduce the need for transfusions of red blood preparations

. Treatment with recombinant human erythropoietin in patients receiving peripheral stem cell transplantation increases platelet levels and reduces the need for thromboconcentrate transfusions

Conclusion. The results obtained made it possible to substantiate the need for a differentiated approach to the diagnosis and treatment of anemia in patients with lymphoproliferative diseases.

ANEMIA OF CHRONIC DISEASES

*Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Anemia often complicates the course of a tumor, infectious-inflammatory or autoimmune disease. Different studies give different rates of occurrence of this serious complication (for example, from 30 to 90%), however, it can be assumed that this indicator can reach 100% if the disease and its concomitant treatment continue for a long time.

The speed of normalization of the patient's condition, restoration of his working capacity, as well as success in the treatment of other diseases depends on the effective treatment of anemia. Anemia significantly aggravates the course of pathological processes with which it is combined

The purpose of the study. To evaluate anemic syndrome and its significance for the quality of life in patients with chronic diseases.

Materials and methods of research. The work used retrospective research methods to study the morbidity, prevalence, mortality and survival of patients with CLL for 2020-2022.

By random sampling, 200 patients suffering from CLL were included in the study, followed by an in-depth clinical and hematological examination

The average age of the patients was 56.1 ± 10.4 years, the condition for inclusion in the group was the absence of blood transfusions during the last month and a history of taking erythropoietins

Among the examined patients, men prevailed - 172 (86%), women - 28 (14%) The control group consisted of 101 practically healthy people, similar to the studied group of patients in age and gender, observation and treatment were carried out according to generally accepted requirements

The results of the study. Anemia syndrome was detected in 56.5% of patients with chronic lymphocytic leukemia in 47.0% due to infiltration of the bone marrow by lymphocytes, 4.5% - hyperchromic (vit B12 and folic deficiency) and 5% -autoimmune hemolytic anemia.

It was found that 33.3% of the entire cohort of patients with chronic lymphocytic leukemia suffer from moderate to severe anemia and need replacement therapy, a decrease in serum erythropoietin below 200 U/ml was detected in 68% of patients with moderate to severe anemia.

The use of erythropoietin at a dose of 150 IU / kg of body weight 3 times a week for 1 month in patients with chronic lymphocytic leukemia with moderate to severe anemia can increase the level of hemoglobin by 31%, while the level of ferritin decreases by 15%, and serum iron by 5% from the baseline level

In patients with chronic lymphocytic leukemia, deterioration of quality of life indicators was found in terms of physical, social, family and emotional well-being, well-being in everyday life, general assessment of quality of life, as well as fatigue scale, the most pronounced changes are detected in severe anemia.

Conclusion. Thus, anemia has a significant weight among the causes that affect the quality of life of patients with CLL. As the degree of anemia worsens, indicators on the scales of physical, social, family and emotional well-being, well-being in everyday life and the overall assessment of quality of life deteriorate.

The most pronounced changes were observed with a decrease in hemoglobin of less than 70 g / l. All this requires a careful approach to patients of this category and timely correction of anemic syndrome in order to improve their quality of life.

UMURTQA DEGENERATIV PATOLOGIYALARI BO'LGAN BEMORLARNI ERTA ANIQLASH, DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARINI OPTIMALLASHTIRISHNI REGIONAL STRATEGIK YO'NALISHLARI

Mirzajonov A. Sh.

Andijon viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazi

Kirish. Osteoxondroz (degenerativ-distrofik o'murtqa o'zgarishlar) ko'plab mahalliy va xorijiy mualliflar tomonidan ko'rsatiladigan eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Vaqtinchalik nogironlik va nogironlikning sabablari orasida osteokondroz hali ham birinchi o'rinni egallaydi. Orqa miya osteoxondrozining nevrologik namoyon bo'lishi bemorni shifokor bilan maslahatlashishga majbur qiladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining 40 dan 80% gacha osteokondrozning turli shakllari mavjud. Omurilik osteokondrozining aniq sindromlari 35 dan 55 yilgacha bo'lgan mehnatga layoqatli yoshda namoyon bo'ladi.

Tadqiqotning maqsadi. Tibbiy reabilitatsiya usullari bilan o'murtqa degenerativ o'zgarishlar bilan og'rigan bemorlarni davolash samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun 130 kishi tekshirildi: erkaklar – 70, ayollar – 60. Tekshirilganlarning yoshi 35-60 yil. Asosiy kasallikning tashxisi nevrologik tekshiruv natijalari, qo'lda tashxis qo'yish, rentgenografiya ma'lumotlari va magnit-rezonans tomografiya asosida aniqlandi. Bemorlarning 70% da hernichli disk kasaliga qo'yilgan. Ko'pgina bemorlarda mushak-tonik belgilari bilan birgalikda radikal sindromlar ustunlik qildi. Nörodistrofik kasalliklar va vegetativ-qon tomir kasalliklari ham mavjud edi.

Tadqiqot natijalari. Bemorlarni davolash reabilitatsiya usullari yordamida izchil amalga oshirildi.

Davolash boshlanishida mushak-skelet sistemasidagi biokimyoviy o'zgarishlarni hisobga olgan holda, funktsional PDS bloklarini bartaraf etish uchun qo'lda terapiya amalga

osHIRildi: mobilizatsiya, manipulyatsiya, postizometrik gevşeme (fasyal-mushak regiditesini, periferik og'riq markazini va nerv-mushak og'rig'ini normalizatsiya qilish).

Tibbiy reabilitatsiya qilishning muhim va samarali usullaridan biri bo'lgan terapevtik gimnastika o'murtqa osteokondrozning vertebronevrologik namoyonlarini davolash va oldini olishda alohida o'rin tutadi. Bu, birinchi navbatda, mushaklarni mustahkamlash va qon va limfa aylanishini yaxshilashga emas, balki umurtqali vosita segmentida buzilgan fiziologik muvozanatni tiklashga qaratilgan kompensatsion - adaptiv mexanizmlarning rivojlanishiga ham yordam beradi. Terapevtik gimnastikaning bu ta'siri uni omurilikdagi degenerativ-distروفik o'zgarishlarning klinik ko'rinishlarini davolashning patogenetik asosli usullari bilan bog'lash imkonini beradi.

Degenerativ-distروفik o'murtqa o'zgarishlar bilan og'riq bemorlarni davolash va reabilitatsiya qilishda quyidagi vazifalar qo'yildi va hal qilindi: og'riq sindromini bartaraf etish, jismoniy faollikni tiklash, ta'sirlangan vertebral-motor segmentida qon aylanishini yaxshilash, bu sohada shishishni kamaytirish, mushaklarning gevşemesi va keyin og'riq sindromini olib tashlash yoki kamaytirish - hiper mobillik va mushaklarning cho'zilishida orqa miya qo'llab-quvvatlovchi mushaklar kuchayishi, PDS bilan hipomobillikda bo'g'imlarda harakatlanish hajmini oshirish, patogenetik miyofiksatsiyalarni bartaraf etish yoki tuzatish, PDS beqarorligiga qarshi kurashish uchun "sekin" mushak guruhlarini mustahkamlash, bo'g'inlarda funktsional bloklarni bartaraf etish va PDS, etarli vosita va nafas olish stereotipini ishlab chiqish, qon aylanishini va trofik jarayonlarni takomillashtirish zararlanish zonasida vegetativ-qon tomir va trofik kasalliklarni bartaraf etish yoki kamaytirish va aseptik yallig'lanishning qoldiq hodisalarini emirilishini faollashtirish, paretik mushaklar va ligament apparatlarini mustahkamlash, mushaklarning hipertonusini zaiflashtirish va shu bilan mushaklarning kontraktürlerini va bo'g'inlarning qattiq harakatlanishini oldini olish yoki bartaraf etish – birgalikda buzilishlarga qarshi kurashish-o'murtqa egrilik va harakatni cheklash, harakat qo'rquvi.

Fizioterapevtik davolash. Fizioterapiyani terapevtik maqsadlarda qo'llash o'murtqa degenerativ-distروفik o'zgarishlar bo'lgan bemorlarda nevrologik namoyonlarning patogenetik mexanizmlarini hisobga olgan holda amalga oshirildi. Fizioterapiya usullari yallig'lanish reaksiyasini kamaytirish, qon tomir spazmini va mushaklarning kuchlanishini kamaytirish, tegishli segmentdagi qon aylanishini va tana aylanishini yaxshilash va og'riqni bartaraf etish uchun amalga oshirildi.

Kasallikning o'tkir davrida dorilar (0,5-5% novokain eritmasi, eufillin, nikotin kislotasi va boshqalar) anestetik, suvsizlanish, yallig'lanishga qarshi ta'sir, to'qimalarda trofik va qon aylanishini yaxshilash bilan elektroforez o'tkazildi.

Klinik ko'rinish ta'sirini kuchaytirish uchun magnitoterapiya, diadinamoterapiya (DDT), sinusoidal modulyatsiyalangan oqimlar (SMT) ishlatilgan. Davolash tibbiy reabilitatsiyaning o'ziga xos usullaridan foydalangan holda klinik ko'rinish va tadqiqot natijalarini hisobga olgan holda amalga oshirildi. Degenerativ-distروفik o'murtqa o'zgarishlar bilan og'riq bemorlarni davolashda bemorlarning eng katta va qat'iy ta'siri dori terapiyasi (voltaren, voltaren, milgamma, sirdalud, aflutop, Mexidol va boshqalar) bilan birgalikda kompleks davolashda kuzatilgan reabilitatsiya usullari.

Xulosa. Degenerativ-distروفik o'murtqa o'zgarishlar bilan og'riq bemorlarda tibbiy reabilitatsiya usullarini qo'llash natijasida surunkali og'riq sindromining zo'ravonligi va unga aloqador umumiy va mahalliy vegetativ-qon tomir kasalliklari kamaydi, umurtqa pog'onasi va oyoq-qo'llaridagi faol og'riqsiz harakatlarning to'liq hajmini tikladi. Tibbiy reabilitatsiya usullari va zamonaviy dori-darmonlarni (voltaren, milgamma, sirdalud, aflutop, Mexidol va boshqalar) kompleks qo'llash o'murtqa degenerativ-distروفik o'zgarishlar bo'lgan bemorlarni davolashda barqaror va yaxshi natijalar beradi. Tibbiy reabilitatsiya usullarini qo'llash natijasida davolanish muddati sezilarli darajada kamayadi va remissiya vaqti oshadi.

REGIONAL STRATEGIC DIRECTIONS OF OPTIMIZATION OF METHODS OF
EARLY DETECTION, TREATMENT AND PREVENTION OF PATIENTS WITH
DEGENERATIVE SPINAL LESIONS

Mirzazhonov A.Sh
Multidisciplinary medical Center of Andijan region

Introduction. Osteochondrosis (degenerative-dystrophic changes of the spine) is one of the most common diseases, as indicated by numerous domestic and foreign authors. Among the causes of temporary disability and disability, osteochondrosis still occupies one of the first places. Neurological manifestations of osteochondrosis of the spine force the patient to consult a doctor.

According to the World Health Organization, 40 to 80% of the world's population suffer from various forms of osteochondrosis. Pronounced spinal osteochondrosis syndromes manifest themselves at the working age from 35 to 55 years.

The purpose of the study. Improving the effectiveness of treatment of patients with degenerative spinal changes by medical rehabilitation methods.

Materials and methods of research. 130 people were examined to solve the tasks: men – 70, women – 60. The age of the examined is 35-60 years. The diagnosis of the underlying disease was established on the basis of the results of neurological examination, manual diagnostics, X-ray data and magnetic resonance imaging. 70% of patients were diagnosed with a herniated disc. The majority of patients were dominated by radicular syndromes, combined with musculotonic manifestations. Neurodystrophic disorders and vegetative-vascular disorders were also observed.

The results of the study. The treatment of patients was carried out consistently with the use of rehabilitation methods.

Manual therapy was performed at the beginning of treatment to eliminate functional blocks of PDS, taking into account biochemical changes in the musculoskeletal system with the use of neuromuscular techniques: mobilization, manipulation, postisometric relaxation (to eliminate fascial-muscular rigidity, peripheral pain focus and normalization of neuromuscular pain).

Therapeutic gymnastics, which is one of the important and effective methods of medical rehabilitation, occupies a special place in the treatment and prevention of vertebroneurological manifestations of spinal osteochondrosis. This is primarily due to the fact that it contributes not only to strengthening muscles and improving blood and lymph circulation, but also to the development of compensatory and adaptive mechanisms aimed at restoring the physiological balance disturbed by the disease in the vertebral-motor segment. This effect of therapeutic gymnastics makes it possible to attribute it to pathogenetically justified methods of treating clinical manifestations of degenerative-dystrophic changes in the spine.

In the treatment and rehabilitation of patients with degenerative-dystrophic changes of the spine, the following tasks were set and solved: elimination of pain syndrome, restoration of physical activity, improvement of blood circulation in the affected vertebral-motor segment, reduction of edema in this area, relaxation of tense muscles, and after removal or reduction of pain syndrome - strengthening of the muscles supporting the spine with hypermobility and stretching of muscles, increasing the volume of movements in joints with hypomobility in PDS, removal or correction of pathogenetic myofixations, strengthening of "sluggish" muscle groups in order to combat instability of PDS, elimination of functional blocks in joints and PDS, development of adequate motor and respiratory stereotype, improvement of blood circulation and trophic processes in the affected area, elimination or reduction of vegetative-vascular and trophic disorders and activation of resorption of residual phenomena of aseptic inflammation, strengthening of paretic muscles and ligamentous

apparatus, weakening of muscle hypertonicity and thereby preventing or eliminating muscle contractures and joint stiffness, combating concomitant disorders – curvature and limitation of spinal mobility, fear of movement.

Physiotherapy treatment. The use of physiotherapy for therapeutic purposes was carried out taking into account the pathogenetic mechanisms of neurological manifestations in patients with degenerative-dystrophic changes of the spine. Physiotherapy procedures were performed to reduce the inflammatory reaction, relieve vascular spasm and muscle tension, improve blood and body circulation in the area of the segment concerned, and eliminate pain.

In the acute period of the disease, electrophoresis was performed with medications (0.5-5% solution of novocaine, euphyllin, nicotinic acid, etc.) of analgesic, dehydrating, anti-inflammatory action, improving trophism and blood circulation in tissues.

In order to increase the effect of clinical manifestations, magnetotherapy, dyadinamotherapy (DDT), sinusoidal modulated currents (SMT) were used. Treatment was carried out taking into account clinical manifestations and research results, using specific methods of medical rehabilitation. During the treatment of patients with degenerative-dystrophic changes of the spine, it can be concluded that the greatest and persistent effect in patients was observed with complex treatment in combination with drug therapy (voltaren, voltaren, milgamma, sirdalud, aflutop, mexidol, etc.) with rehabilitation methods.

Conclusion. As a result of the use of medical rehabilitation methods in patients with degenerative-dystrophic changes of the spine, there was a decrease in the severity of chronic pain syndrome and associated general and local vegetative-vascular disorders, restoration of the full volume of active painless movements in the joints of the spine and limbs. The complex application of methods of medical rehabilitation and modern medications (voltaren, milgamma, sirdalud, aflutop, mexidol, etc.) gives stable and better results in the treatment of patients with degenerative-dystrophic changes of the spine. As a result of the use of medical rehabilitation methods, the duration of treatment is significantly reduced, and the time of remission increases.

YAQIN QARINDOSHLAR NIKOHIDAN TUG‘ILGAN BOLALARDA KONVULSIV SINDROMLAR

*Mo'minov R.K., Agranovskiy M. L., Karimov A. X., Azimova G. A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. Konvulsiv sindromlar psixonevrologiyaning eng muhim muammolaridan biri bo'lib, bolalar populyatsiyasida katta miqdorda ishtirok etadi. Bu, ayniqsa, yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikoh qabul qilingan jamiyatda to'g'ri. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, turli xil rivojlanish anomaliyalari, qo'pol psixonevrologik kasalliklar, shu jumladan konvulsiyalar, shuningdek erta bolalik o'limlari bilan bog'liq nikohlarda sezilarli darajada yuqori.

Tadqiqot maqsadi. Yaqin qarindoshlik nikohlarida tug'ilgan bolalarda konvulsiv sindromlarning klinik ko'rinishlarining chastotasi va xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar. Andijon viloyati psixonevrologiya dispanseri (AOPND) da ro'yxatdan o'tgan bemorlar orasidan 3 yoshdan 15 yoshgacha yaqin qarindoshlik nikohlarida tug'ilgan 100 nafar bola tanlab olindi. Ulardan 47 o'g'il va 53 qiz. Barcha tekshirilgan bolalar miyaning klinik-paraklinik tekshiruvlarini o'tkazdilar: elektroensefalogramming nevrologik va ruhiy holati (EEG); 47 bolalar miyaning magnit-rezonans tomogrammasini (MRI) o'tkazdilar.

Natijalar va munozaralar. Epileptik sindrom har xil chastotalar va klinik ko'rinishlarga ega bo'lgan har ikki guruhda ham kuzatilgan. Paroksizmal kasalliklar bilan bir qatorda, ayrim bolalarda organik miya shikastlanishi belgilari shaklida nevrologik etishmovchilikning turli darajalari aniqlandi, ammo bu har doim MRI tekshiruvida tekshirilmagan.

Asosiy guruhdagi bolalarda konvulsiv sindrom epileptik tutilishlar bilan tez – tez umumlashtirilgan xarakterga ega edi - Grand mal, tepalik to'lqin kompleksi shaklida EEG naqshlari bilan tasdiqlangan - 29 bolalar va 14 bolalar uchun so'zda. konvulsiv tayyorgarlik, ya'ni alfa diapazonining to'lqinlari 3-5 Hz chastotasi, amplitudasi 90-95 MV, Delta-faoliyat, 3-3,5 soni / sek chastotasi, 4 MV amplitudasi.

Xulosalar. irsiy og'irliklar va yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikohlarning kombinatsiyasi ruhiy kasalliklar va epilepsiya bilan og'riqan bolalarning rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi, bu esa ko'proq progredientivlik va shunga mos ravishda eng yomon prognoz bilan yuzaga keladi.

YAQIN QARINDOSHLAR BILAN NIKOHDA BO'LGAN BOLALARDA RUHIY KASALLIKLARNING TARQALISHI

*Mo'minov R.K., Agranovskiy M. L., Sarbaeva N. K., Azimova G. A.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarlighi. Yaqin qarindoshlar nikohlarida tug'ilgan bolalarda ruhiy kasalliklar muammosi eng dolzarb hisoblanadi. Neyropshik kasalliklar paydo bo'lishining alohida xavfi yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikohdir. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, o'lik tug'ilish, spontan abortlar, konjenital deformatsiyalar, bolalar orasida erta o'lim darajasi nikohlarda sezilarli darajada yuqori.

Tadqiqot maqsadi. Yaqin qarindoshlik nikohlarida tug'ilgan bolalarda klinik kasalliklarning chastotasi va xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar. Andijon viloyati psixonevrologiya dispanseri (AOPND) da ro'yxatdan o'tgan bemorlar orasidan 3 yoshdan 15 yoshgacha yaqin qarindoshlik nikohlarida tug'ilgan 100 nafar bola tanlab olindi. Ulardan 47 o'g'il va 53 qiz.

Natijalar va munozaralar. Ruhiy kasalliklar barcha bolalarda aqliy zaiflik, konvulsiv sezilarlar, affektiv kasalliklar, xulq-atvor patologiyasi, turli darajadagi zo'ravonlikning nevrologik etishmovchiligida ifodalangan organik miya shikastlanishining belgilari sifatida qayd etilgan.

I guruhdagi anik bemorlarda bolalarni tekshirishda, oilaviy nikohlar va irsiy og'irliklar mavjud bo'lganda, quyidagi ruhiy kasalliklar aniqlandi: eng yuqori foiz turli darajadagi zo'ravonlikning aqliy zaiflashuvi-52%, ikkinchi eng ko'p uchraydigan patologiya-epilepsiya va epileptik tutilishlar – 19%, xatti-harakatlarning buzilishi 15% hollarda kuzatilgan, organik lezyonli bolalar CNS hollarda 14% tashkil etdi.

II guruhdagi bemorlarning ruhiy kasalliklari birinchi guruhdan konvulsiv sindromlar va epilepsiya (46%), shuningdek, 28 va 3 joylarda organik miya shikastlanishi (4%) – aqliy zaiflik (16%) va xatti-patologiya (10%).

Xulosa. Ota-onalar orasida irsiy og'irliklar va yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikohlarning kombinatsiyasi bolalarda ruhiy kasalliklarning rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi, ular ko'proq zo'ravonlik ruhiy kasalliklaridan, oqimning yanada prognozidan va shunga mos ravishda eng yomon prognozdan aziyat chekadi.

SEVERITY AND MORTALITY OF COVID-19 IN PATIENTS WITH DIABETES, HYPERTENSION, AND CARDIOVASCULAR DISEASE.

*Muhammad U.S.
Samarkand State Medical Institute.*

ABSTRACT: In the 21st century the most devastating diseases are COVID-19 pandemic, hypertension, diabetes, and cardiovascular diseases which lead many individuals to the death bed. Thousands of people suffer severe health problems due to unhealthy diet, and

lack of physical activity, etc. Recently, many treatment procedures and management programs were introduced to overcome the problematic situation (such as cardiovascular disease, COVID-19, hypertension and diabetes). In western cultures, many new techniques and technologies were introduced to overcome this situation. As the technologies advances several methods were introduced but it will take time to control this problem. The breakthrough to COVID-19, diabetes, and cardiovascular diseases will be evolved in near future hopefully by using different, and new technologies.

KEYWORDS: Coronary artery disease, cardiovascular diseases, diabetes, COVID-19, coronavirus, hypertension, prevention, and treatment.

I INTRODUCTION: This article is based on the effects of cardiovascular diseases as in the present times of COVID-19 the ratio of heart attacks, diabetes, and hypertension severity and its psychological impacts on the individual. Due to the sudden outbreak of COVID-19 (SARS-CoV-2) generally known as coronavirus first reported in China Wuhan in 2019. This spread all over the world in a very short time period with a significant death reported. As the statistics represented that at the end of May 2020 it spread to almost 200 countries and caused 36000 death all over the globe. Researchers reported that the most at-risk population are those who are already suffering from any other acute or chronic diseases such as hypertension, diabetes, and cardiovascular diseases. Generally, the symptoms of the COVID-19 virus were similar all over the world while in some countries age differences were noticed (Richardson et al., 2020).

The risk of being affected by COVID-19 was high among sufferers of hypertension, diabetes, and cardiovascular disease. Basically, the cardiovascular diseases damage blood vessels in the heart or body but in addition, it also affects other arteries like in the brain, lungs, stomach, and kidney, etc. Cardiovascular diseases are the supreme cause of death all over the world and both psychological and well as physical pressures among patients suffering from these acute and chronic diseases.

LITERATURE REVIEW: In cardiovascular disease, the most individuals die all over the world due to coronary artery disease. In European countries, the age 27 years - 34 years reported was died due to coronary artery disease about 75 percent of the population. Statistics represent that there was a great loss faced globally due to coronary artery disease. Studies results reported that males have a greater risk to develop cardiovascular disease as compared to females. The age which is consider the most risky for developing cardiovascular disease was about 18 years to 25 years of life because in this period the low parental supervision, high levels of independence, and financial insecurity was noticed among young adults and teenagers. So, it is considered as the most at-risk age for developing coronary diseases. Some researchers reported that puberty and early adulthood are also stages where the basis for diseases is established for later adulthood.

When discussing causes of cardiovascular disease the common causes that were reported are as follows: 1. high blood pressure, 2. High levels of cholesterol, 3. Lack of physical activity, 4. Excessive use of alcohol, or substance abuse, 5. Unhealthy diet, 6. Obesity, etc. There are different types of coronary heart diseases, such as coronary artery disease, ischemic heart disease, etc. Some common types are explained here such as, Peripheral arterial disease: in this disease, the blood vessels of arms and legs are damaged and blood circulation disturbed. Secondly, when talking about the cerebrovascular disease it affects the blood circulation of blood vessels to the brain. Thirdly, an aortic aneurysm is considered as a cardiovascular disease. Fourthly, when heart rhythms are abnormal cardiac dysrhythmias occur. Finally, congenital heart disease is malfunctions caused at the time of birth.

RELEVANCE: Thousands of people die all over the globe from the COVID-19 virus since 2019. According to world health organization (WHO) statistics, the major causes of death are coronavirus along with other chronic diseases such as cardiovascular disease. The current study compares the common risk factors and causes of death in the COVID-19

pandemic.

PURPOSE OF THE STUDY: The present study aims to investigate the severity and mortality rate among COVID-19 sufferers having comorbid diseases such as diabetes, hypertension and cardiovascular diseases, etc. To investigate that how much any chronic disease like hypertension, diabetes, and cardiovascular diseases affect the immunity and health of patients also suffered from the COVID-19 pandemic.

MATERIAL AND METHODS OF RESEARCH : The methods which were used in the previous studies and in presents as well analysis of previous related literature related to the causes, risk factors, treatment and prevention of cardiovascular diseases (coronary artery disease). The data was gathered from the literature available in published journals, academic books, on related websites, etc. Simply secondary sources are used for the data collection purpose. The online websites and journals were searched from Google Scholar and Researcher Gate, etc. In the present study literature gap was defined by thoroughly searching cardiovascular disease articles, systematic reviews, semi-systematic, and integrative methods. The study was a systematic review based article on cardiovascular diseases especially coronary artery disease.

RESULTS: The findings of the previous literature were searched and it is concluded in the present study findings. The report of the international diabetes federation reported that almost 415 million people from age 20-79 years old suffering from diabetes all over the globe. The findings suggest that due to chronic diabetes mellitus the immune system of an individual suffered a lot and the risk of getting infected due to COVID-19 increased significantly. The findings of the studies didn't show hypertension as independent factors which affecting COVID-19. When discussing cardiovascular diseases comorbid with COVID-19 the results of disease worsen and the chances of death increased significantly. The results of the previous studies reported that coronary artery disease symptoms commonly appear as pain in the chest. Sometimes it is characterized by dullness, hardness, and tightness of the chest, etc. The pain has the potential to move to the other body parts such as to the left arm, throat, jaw, and back also. It depends on the severity of the disease particularly. Coronary artery disease or chest pain can appear in many ways but over the last two decades, the treatment procedures changed dramatically and increased the chances of survival, life expectancy, and longevity, etc. A major gap was noticed among the health care department and general public awareness, no risk interpretation, no proper screening of hypertension and cholesterol levels, etc. Lacking's from the general public were also noticed in a proper healthy diet, obesity (overweight), physical activity, and cardiovascular fitness. A great challenge was faced by health care professionals in the field of physical activity and a healthy diet for patients suffering from cardiovascular disease (heart diseases). To deal with these kinds of problems there should be proper support systems, communication forums, and handling the situation in a more creative manner by providing the necessary education to the sufferers and family as well. When talking about management or prevention of coronary heart diseases we need to be conscious about several facts such as. The treatment procedures changed significantly with the passage of time and a lot of improvement was noticed from the previous treatment procedures. Some common ways of managing a better lifestyle are as follows: workout, healthy diet, avoid smoking, and emission of passive smoking, etc. There are different techniques that are proposed by medical doctors to avoid major loss in cardiac patients such as vascular media plaque dissection; it prevents acute cerebral infarction, and plaque shedding, in addition, it prevents extra insufficiency of blood. Similarly, craniotomy was also performed to avoid and treat several cerebrovascular diseases.

In cardiac arrest, or patients having a myocardial infarction, ventricular fibrillation conditions defibrillation of heart was performed to wake up the heart. Furthermore, several clinical trials were conducted to treat the cardiovascular, as well as cerebrovascular disease that needs to be properly documented, and sample deviation, should be cited accurately. In addition, results and statistical significance should be stated properly with accurate estimation

and clinical methods that were used in the treatment. In this period cardiovascular and cerebrovascular disease are considered as most threatening diseases for human well-being. There are some common characteristics given for these diseases such as high incidence, disability, dysfunction of several organs, sudden death, high levels of death cases, etc.

CONCLUSION: Hence it is concluded that cardiovascular disease is the riskiest disease that leads to worsening results. As compare to the hypertension and diabetes cardiovascular diseases when comorbid with COVID-19 increased the risk of death to its optimum level. But with the passage of time, medical researchers are trying to improve the facilities and treatment procedures to deal with the upcoming disastrous situations. There is a great need to utilize the advanced technologies, in addition, researchers should also help medical doctors to estimate the benefits and risk factors after and before using any technologically advanced treatments.

EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF UNSTABLE ANGINA

Muminov I.A.

Andijan State Medical Institute

Introduction. Despite the widespread introduction of modern diagnostic technology, the appearance of a large number of medications, the problem of verification and treatment of coronary heart disease (CHD) remains very urgent. In particular, issues related to the diagnosis and treatment of the disease during its exacerbation, the development of myocardial infarction (MI) and sudden death (VS) are of particular importance.

The purpose of the study. To study epidemiological data on unstable angina pectoris.

Materials and methods of research. To solve these tasks, we examined 50 patients diagnosed with coronary heart disease.

The results of the study. The developed methodological approaches to the study of unstable angina pectoris as an independent form of coronary artery disease at the population level make it possible to form a "Register of unstable angina pectoris".

In the clinical structure of unstable angina in Tomsk, two variants prevail: an increase in angina attacks with a change in their nature and a prolonged angina attack. In every fourth patient (25.41%) unstable angina ends with the development of acute coronary pathology, mainly acute myocardial infarction, which, in the vast majority of cases (78.88%), occurs in the first week of exacerbation of symptoms of coronary insufficiency.

Statistically significant changes in the incidence of unstable angina, revealed in dynamics over two years of follow-up, are not the result of an increase in the number of new cases of the disease, but the result of improving the "detectable" of patients due to attracting attention to the problem of primary health care physicians.

Mortality from acute coronary pathology on the background of unstable angina is 16%. Its highest level (50%) is observed in patients with a prolonged anginal attack, which is associated with the predominance in this group of people with developed transmural infarction.

The high level of detection of patients with unstable angina at the prehospital stage in Tomsk is explained by overdiagnosis, which occurs in 23.9% of reported cases suspected of having NS. The main reason for overdiagnosis is the incorrect interpretation by doctors of the primary link of the patient's painful cardiac syndrome.

More than half of the patients receiving medical treatment took at least four groups of antianginal drugs at the same time. Most often - in 90.84% of cases, disaggregants were used, less often than others - statins (in 10.42% of patients).

An algorithm for short- and long-term prognosis in NS has been developed, taking into account factors that have a significant impact on both the immediate prognosis of the disease (the clinic of the disease, the presence or absence of changes in the ECG, diabetes mellitus in

the anamnesis and the level of medical care) and long-term outcomes (previously transferred to them).

Conclusion. The issues related to the effect of these drugs on CTFC and endothelial function have not been sufficiently studied. Taking into account these indicators and clinical manifestations (in particular, episodes of ischemia), it seems to us, will allow us to develop more effective modern tactics for the treatment of patients with progressive angina pectoris.

THE EFFECTIVENESS OF CHITOSAN IN CARDIOVASCULAR DISEASES

Muminov I.A.
Andijan State Medical Institute

Introduction. The relevance of socio-hygienic studies of coronary heart disease (CHD) is determined by the high level of its prevalence, mortality, temporary disability and disability, as a result of which society suffers great economic losses.

It should be noted that 4% of patients are registered in medical institutions for hypertension, while the detectability of this pathology according to screening studies is about 40%.

The purpose of the study. To evaluate the effectiveness of the drug Chitosan in its elimination in atherosclerosis and cardiovascular diseases.

Materials and methods of research. To fulfill our task, we selected 55 patients with atherosclerosis and cardiovascular diseases.

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- γ .7 Gpl ($^{\circ}$ 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.

Chitosan is a product of deacetylation of chitin polysaccharide. Interest in it is associated with unique physiological and ecological properties, such as biocompatibility, biodestruction, physiological activity in the absence of toxicity, availability of raw materials.

Chitosan is able to perform the functions of an immunomodulator, a carrier of drugs, and penetrate into the intercellular substance. It is known that gold is an indifferent, non-toxic metal that does not have a damaging effect on the structure of cell components. Gold nanoparticles are able to penetrate into the blood when administered orally and have an antioxidant effect.

It can be assumed that the antioxidant properties of the chitosan-gold nanocomplex will be higher than those of each component separately. The blood system is an integrative system that most fully reflects the state and nature of the metabolism of the whole organism. It plays a crucial role in the development of specific and non-specific reactions of the body's defense. Blood is readily available for dynamic and complex analysis.

The leukocyte formula and the leukocyte coefficient (the ratio between the percentage of lymphocytes and segmented neutrophils) are used as the main indicators of the type of adaptive reactions. These parameters of blood homeostasis sufficiently fully reflect the state of the most important physiological systems and are used as criteria for adaptive reactions of the body.

Currently, there are only a few studies devoted to the study of the adaptogenic effects of the multicomponent nanostructured chitosan-gold-bee venom system under the action of extreme environmental factors.

At the same time, a comparative study of the adaptogenic properties of the components of the nanocomplex (with the exception of bee venom) on the blood system of experimental animals under the action of damaging environmental factors has not been conducted, which suggests the relevance of this problem.

Conclusion. The obtained results suggest that experimental atherogenic inflammation in the main arteries morphologically manifests itself in the formation of a typical lipid ("soft") plaque covered with a fibrous membrane and leading to a decrease in the diameter of the vessel lumen.

OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOMATOFORM DISORDERS FOUND IN YOUNG WOMEN LIVING IN MARRIAGE FOR UP TO 10 YEARS

*Muminov R.K., Agranovsky M.L., Karimov A.H., Dalimova S.A.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. This study presents an analysis of 54 cases of clinical forms of OCSO in young women living in marriage for up to 10 years (20-35 years). Clinical-psychopathological, clinical-statistical and clinical-psychological methods were used in this study. Obsessive-compulsive and somatoform disorders are heterogeneous and include several interrelated psychopathological syndromes (obsessions of completion of actions, security, forbidden motives, possession, motor obsessions with tics), which differ in type and functional significance.

Differentiated therapy of OCSO syndromes was carried out taking into account their psychopathological structure and nosological affiliation, as well as taking into account their dynamics. The use of drug therapy, as well as modern methods of psychotherapy, gives a higher clinical effectiveness in the treatment of patients with OCSO, in comparison with the control group (54 patients).

The purpose of the study. To determine the syndromic structure of obsessive-compulsive and somatoform disorders in young women who have been married for more than 10 years, to describe the clinical features of the selected variants of OCSO, as well as to develop differentiated recommendations for therapy taking into account the psychopathological structure of the leading syndrome.

Materials and methods of research. The studied sample consisted of 54 sick women aged 20-35 years from among those undergoing inpatient treatment who have been married for more than 10 years. Persons younger than 17 years of age, as well as persons with severe somatic pathology and organic damage to the central nervous system were excluded from the study

The results of the study. In the course of the work, the clinical and dynamic study of women was supplemented by a clinical and psychological study of important aspects of their mental state. Moreover, for various clinical subtypes of OCSO, there are specific variants of such disorders and their combinations.

Patients with a predominance of obsessions of forbidden motives ("contrasting" obsessions) were characterized by an acute occurrence of obsessions, accompanied by severe depersonalization and derealization, a pronounced affect of anxiety with a tendency to agitation. In half of the cases, the course of the disease was periodic.

These women had distinct periods of remission, with almost complete absence of symptoms that bothered them. A decrease in the intensity of anxiety during therapy led to the appearance of emotional-volitional and motor disinhibition.

The variant of OCSO with the predominance of possession obsessions was characterized by a gradual onset due to the strengthening of existing personal and behavioral characteristics. The manifestation of the disorder occurred against the background of a changed life situation, often leading to a decrease in interpersonal contacts. In addition to the

main symptoms, patients were characterized by the presence of other obsessions associated with possession obsessions - rechecking, a tendency to catastrophize, obsessions of completeness of action.

The final prognosis of the disease was due to the nature of the nosological affiliation, the presence of additional symptoms. At the same time, there was practically no complete reduction of the symptoms of collecting and pathological collecting.

The variant of OCSO characterized by obsessions with tics was characterized by an early onset of the disease, the presence of residual organic symptoms. In some cases, tics were replaced by other obsessions ("contrasting" thoughts, obsessions of completeness). Unfavorable factors were the presence of pronounced personality disorders of the excitable circle, decompensation of organic mental pathology.

The isolated low-symptom variant of OCSO was characterized by limited obsessive or compulsive symptoms, obsessions occurred in the structure of affective, other neurotic and personality disorders.

In the structure of the personality of patients, in the overwhelming majority, there was increased personal anxiety, a tendency to form neurotic reactions. Further dynamics depended on the development of the underlying disease, compensation for personality disorders, and was overwhelmingly favorable.

Thus, patients with obsessions of completeness of action are characterized by increased emotional tension, combined with a low ability to integrate behavior and underdevelopment of communication skills, which is pathologically compensated by excessive and intelligent self-control. They have an excessive increase in attention to changing their internal state.

Obsessive-compulsive disorder is heterogeneous and includes several interrelated psychopathological syndromes that differ in the type and functional significance of obsessions, the occurrence and dynamics of the main clinical manifestations, the structure of cognitive deficits, as well as personality traits and cognitive personality style. Only the low-symptomatic variant of OCSO was expressed by nonspecific, heterogeneous and content-limited obsessions that arose mainly in the structure of affective and personality disorders.

The forms of the course and outcomes of various variants of OCSO were largely determined by the nosological nature of the symptoms, primarily organic diseases, schizophrenia or affective disorders.

Obsessive-compulsive syndromes were accompanied by various variants of cognitive impairment. Thus, with obsessions of forbidden motives, violations of executive functions were noted, with obsessions of security - control functions, and with compulsions with tics — violations of both executive and controlling functions. For patients with possession obsessions, cognitive and stylistic disorders are more characteristic in the form of a low ability to categorize reality phenomena, which indicates a low differentiation of emotional assessments inherent in patients.

Differentiated therapy of OCD syndromes was carried out taking into account their psychopathological structure and nosological affiliation, as well as taking into account their dynamics. Along with pharmacotherapy, the development of adequate communication skills, methods of emotional response, compensation of cognitive deficits, harmonization of personality and cognitive-stylistic features in patients was of great importance.

The use of modern methods of psychotherapy in patients with OCD gives a more pronounced clinical effect, leads to the disappearance of most symptoms faster in comparison with standard therapy.

Conclusion. Statistical processing of treatment results in the study group (54 patients) showed that 57-61% of patients recovered, a significant improvement - in 42-38% and only 1% of patients did not change their condition, due to the fact that at the request of relatives they were discharged from the hospital.

**FAMILY FUNCTIONALITY IN OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOMATOFORM
DISORDERS OCCURRING IN YOUNG WOMEN WHO HAVE BEEN MARRIED
FOR MORE THAN 10 YEARS**

*Muminov R.K., Agranovsky M.L., Azimova G.A., Makhmudova H.H.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. In any society, the family as a unique historical phenomenon has a dual character. On the one hand, it is a social institution, on the other — a small group that has its own patterns of functioning and development. The institution of marriage is closely connected with the institution of the family.

There is still no single nosological form for an unambiguous and exhaustive definition of a number of disorders that are called "obsessive-compulsive".

Moreover, there is a rather peculiar tendency to generate "new" OCDS, when they try to distinguish into separate groups such variations of obsessions as "obsessive preservation of information", "obsessive doubts in relationships", "obsessive jealousy", etc.

The purpose of the study. To study the causes of obsessive-compulsive and somatoform disorders in young women who have been married for ten years or more, analyze them and find solutions to existing problems, which will result in the search for measures to psychologically maintain family stability.

Materials and methods of research. To accomplish this task, we selected a total of 60 women who had been married for ten years or more and complained of obsessive-compulsive and somatoform disorders, and conducted clinical, statistical and epidemiological studies with them.

The results of the study. When conducting a system-structural analysis of the state of family functioning, sexual health, family health, it was found that the reason for the development of both variants of family maladaptation is the core lesion of the mental component of the biological component of sexual health, family health due to the presence of OCD in a woman. Violation of the remaining components and components serves either as a pathoplastic factor, contributing to the emergence of family maladaptation, or aggravates its course.

Impulsivity, a tendency to doubt, and violation of the stereotype of gender-role and sexually erotic behavior are typical for people with the studied type of disorder.

One of the first signs of a violation of adaptation is a violation of interpersonal communication, especially with representatives of the opposite sex. When establishing primary "pre-sexual" contact, this manifests itself in emotional instability, inadequate concern for productivity to the detriment of pleasure.

Thus, the data of the system-structural analysis of the state of sexual health of married couples of this group indicate its violation by almost all criteria and the combined defeat of its components and components.

The social component of sexual adaptation is disrupted due to the information and evaluation component due to insufficient and incorrect awareness of the spouses in matters of psychohygiene of sexual life and the divergence of types of sexual culture of the spouses.

When examining spouses using maps of erogenous zones of men and women, it turned out that the vast majority of the surveyed not only did not know about the presence of such zones, but also considered this type of sexual contact unacceptable, ignored their role in sexual arousal and satisfaction. All married couples had an inaccurate idea of the norm and physiological fluctuations of sexual function.

The psychological and socio-psychological components of the state of sexual health were violated due to the discrepancy between the psychosexual types of men and women, as well as an unfavorable combination of types of sexual motivation. In 21.8% of women, this led to the development of sexual, and then psychological aversion.

In the course of the work, the clinical and dynamic study of patients was supplemented by a clinical and psychological study of important aspects of their mental state. The analysis of the obtained results allows us to conclude that the clinical symptoms present in patients are closely associated with profound disorders of the cognitive regulation of affects and needs. Moreover, for various clinical subtypes of OCD, there are specific variants of such disorders and their combinations.

Conclusion. With family dysfunctionality, sexual maladjustment, mainly two ways of conflict resolution were observed - competition and avoidance, with socio-psychological maladjustment, competition and adaptation, but also in a significant part of the spouses, such ways of conflict resolution as avoidance and compromise were observed.

Thus, the violation of the functionality of the family, the level of family adaptation, due to the presence of pathoharacterological features of women with OCD, the discrepancy of psychosexual types revealed during a comprehensive examination.

COVID-19 PANDEMIYASI SHAROITIDA TUBERKULYOZ KASALLIGINI ANIQLASH.

Muxamedov K.S, Ongarbayev D.O. Mamatov L.B¹.

Eshonov S.Z. ²,

TTA ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasini ¹.

Respublika 1-son maxsus Zangiota shifoxonasi ².

Kirish: Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining (JSST) 2021 yilgi tuberkulez kasalligi bo'yicha global hisobotiga ko'ra, COVID-19 pandemiyasi butun dunyo bo'ylab kasallikka qarshi kurashda erishilgan yutuqlarni jiddiy ravishda buzdi, tuberkulez kasalligidan o'lim darajasi o'n yildan ortiq vaqt ichida birinchi marta oshdi. (JSST malimoti, 2021.). Bu birinchi navbatda, tuberkulezga qarshi xizmatlarga nisbatan mavjud resurslarning qisqarishi bilan bog'liq. JSST ma'lumotiga ko'ra pandemiya davrida ko'pgina mamlakatlarda inson, moliyaviy va boshqa resurslar tuberkulez kasalligini davolashdan Covid-19 kasaligiga o'tdi va bu TB ga qarshi muhim xizmatlardan foydalanish imkoniyatini chekladi.

Tadqiqot maqsadi: Kasallik tarixini retrospektiv tahlili, zamonaviy sharoitda o'pka tuberkulyozi bilan kasallangan bemorlarda Covid-19 bilan kasallikni uchrash darajasini (chastotasini) o'rganish.

Tadqiqot usuli: Sog'liqni saqlash vazirining 2019 yil 11 dekabrda 299 – sonli buyrug'ida keltirilgan idoraviy statistika hisoboti 8- shakilda keltirilgan. 2018-2020 yillardagi Toshkent shahrida tumanlararo ftiziatriya dispanserida tuberkulez kasalligi bilan ro'yxatga olingan bemorlarning natijalaridan olindi. Bemorlar bolalar ($14 \leq$), o'smirlar ($15-17 \leq$), kattalar 18 yoshdan yuqori.

Tadqiqot natijalar: 2018-2021 yillar davomida MTKK qaroriga asosan 705 ta tuberkulyoz kasalligi bilan hisobga olingan kasallarning birinchi marta aniqlangani 431 (61,13%) qayta kasallanish ko'rsatkichi 274 (38,87%). Bemor bolalarda 88 (12,48%), o'smirlar 15 (2,13%), kattalar 18 yoshdan yuqori 602 (85,39%). Aniqlangan kasallarning ambulator davolaniganlar soni 140 (19,86%) tashkil etgan bo'lsa 565 (80,14%) stasionar sharoitda davolangan. Global muamolarning biri hisoblangan doriga turg'unlik holati 2018 yilda 7,8% tashkil etgan bu ko'rsatkich 2020 yilda 3,9 % tashkil etgan. O'pka parenxemasidagi tuberkulez 82,73% , o'pkadan tashqari a'zolar tuberkulezi 17,27% tashkil etadi. 2018 yilda umumiy kasallanish ko'rsatkichi 243 (34,43%), 2019 yilda umumiy kasallanish ko'rsatkichi 234 (33,19%). 2020 yilda umumiy kasallanish ko'rsatkichi 228 (32,34%).

Xulosa: Kasallanish ko'rsatkichi oshganiga bogliq kasalmandlik ko'rsatkichi ham ortgani ma'lum bo'ldi. JSST ko'rsatgan ko'rsatkichdagi Covid-19 davridagi tuberkulyoz bilan kasalmandlik ko'rsatkichi kamayganini, kasallikning kamayganligini ko'rsatmasdan uning diagnostika qilishda muamolarni (lokdaun) ko'rsatadi.

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

*Nasirov M.M., Boykuzieva M.B.
Andijan State Medical Institute
Chair training and retraining of GPs*

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

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

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

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

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

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

Conclusion. Thus, to improve the quality of monitoring the growth and development of children under 5 years of age must carry out the following activities: 1. To train all nurses SVP skills height and weight, BMI calculation and MRI results are recorded on the curves for monitoring growth and development. 2. Strengthen the monitoring by doctors SVP at work nurses record the results of anthropometry in the curves of

growth and development. 3. To improve awareness of the need for maternal weight control, growth and psychomotor development of the child about the importance of timely introduction of complementary foods and a balanced diet for the formation of a healthy generation

PREDICTORS OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH RA: CLINIC BASED CASE-CONTROL STUDY

*Ne'matov N, Sul'tonov I.I., Ravshanova M.
Samarkand State Medical University*

Background: Metabolic syndrome, a group of classic risk factors for cardiovascular diseases, including hypertension, obesity, glucose intolerance and dyslipidemia, is widespread in patients with rheumatoid arthritis (RA). The aim of the study was to assess the incidence of metabolic syndrome (MS) in patients with RA, as well as to assess the relationship between metabolic syndrome and RA.

Methods. A retrospective study was conducted on data from 320 patients diagnosed with RA in accordance with the classification criteria for the 1987 ACR, from 2003 to 2018 at the SamMI's clinic No. 1. 300 patients of the same age and sex were included in the control group. MS was evaluated using six definitions recommended by International Diabetes Federation and World Health Organization. Logistic regression with a 95% confidence interval (CI) was used to determine independent predictors of metabolic syndrome.

Results. The frequency of metabolic syndrome was significantly higher in the study group (57.2%) in comparison with the control group (19.7%; $p < 0.05$). The average age of patients was 47.81 ± 8.7 and 46.17 ± 9.6 years, respectively, in the study and control groups. According to multiple logistic regression analysis (adjusted for age, sex and education), the risk of MS in patients with RA was significantly higher than in the control group (OR = 1.63; 95% CI 1.03–3.65; $p = 0.03$). DAS28 was significantly higher in RA patients with MS than in patients without MS (3.69 ± 1.22 versus 2.96 ± 1.04 ; $p = 0.02$). The presence of rheumatoid factor and extra-articular manifestations were the same for patients with and without metabolic syndrome.

Conclusions. Thus, the incidence of metabolic syndrome in patients with RA is higher than in the control group. In patients with RA, MS was associated with high disease activity. Duration of the disease, presence of rheumatoid factor, and extra-articular manifestations were not predictors of metabolic syndrome in patients with RA. These results suggest that clinicians should screen for metabolic syndrome in patients with RA in order to control its components and therefore reduce the risk of cardiovascular disease in these patients.

COMBINATION OF DIAGNOSTIC TOOLS AS AN EFFECTIVE APPROACH FOR THE EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

*Ne'matov N., Sul'tonov I.I., Ibragimov Kh.I
Samarkand State Medical University*

Background. Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory autoimmune disease of unknown aetiology. It is proved to cause persistent synovitis, pain, joint destruction, and functional disability. Detection of the disease during the first few months can prevent irreversible joint destruction, so early diagnosis of rheumatoid arthritis is essential. Moreover, evidence suggests that the earlier RA patients are treated, the better is their prognosis.

Objective. This study aimed to identify an optimal diagnostic strategy that demonstrates the highest sensitivity and specificity for early RA detection.

Materials and Methods. A prospective observational study was conducted on 150 serum samples from patients selected based on their clinical features, to investigate the diagnostic properties of currently used serological tests for RA. The serum samples were collected from September 2018 to March 2020, collected from outpatients at the Department of Internal Medicine N1 in the SamMI clinic. As for comparison, we referred to the highly sensitive serum RA markers (RF and anti-CCP antibodies) and four groups of patients were analysed: 1st group: 60 patients with RA, 2nd group: 60 patients with other connective tissues disorders; 3rd group (control): 40 healthy subjects. All samples were tested to detect IgM-RF using the nephelometry and the multiplexed cytofluorimetric RF, and anti-CCP antibodies by ELISA assay. Wilcoxon test was performed on the results to verify the statistical significance (p -value \leq 0.05) using R studio version 3.6.3.

Results. To compare the results obtained when testing selected patients using nephelometric and cytometric analyzes, two parameters were chosen: sensitivity and specificity. Cytofluorometric analysis proved to be more sensitive than nephelometric analysis, as it was able to identify as positive 6.5% of patients suffering from rheumatoid disease, but determined as negative by the nephelometric method. Also, the multiplex cytometric test was found to be more specific than the nephelometric method as it detected fewer false positive RF samples in the control group compared to conventional tests. In this study, the multiplex cytometric analysis showed higher sensitivity (82.1%) and specificity (88.9%) than the nephelometric test (75.2% and 76.4%, respectively). The results were obtained by comparing only the RA group and the control group. The combination of RF cytometric assay and anti-CCP test can provide a highly sensitive and specific RA screening test. Indeed, when the cytometric RF test was used in combination with the anti-CCP test in the selected population, a significant improvement in sensitivity was found compared to the results obtained with RF assays used alone (98.2% versus 75.2% or 82.2% respectively in the RA group). The combined test showed a significant increase in sensitivity compared to the results obtained using nephelometric analysis. The effectiveness of the combined test has also been confirmed by statistical analysis, therefore we came to the conclusion that the combined approach, which uses diagnostic tests of the highest specificity and sensitivity (multiplex cytometric RF test combined with an anti-CCP test), is in fact the most effective early diagnostic approach of RA.

Conclusions. We suggest using the combination test in primary care for patients with suspected RA and in the differential diagnosis of false-positive patients using the RF test.

O‘TKIR MIYOKARD INFARKTINING GENDER XUSUSIYATLARI

*Niyozova Ya.M., Abduvalieva G.T.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarblik. Yurak-qon tomir kasalliklari tarkibida yurak-qon tomir kasalliklari (KKD) erkaklar va ayollar o‘limining asosiy sababi bo‘lib qolmoqda. Har yili 7 milliondan ortiq odam yurak-qon tomir kasalliklaridan vafot etadi, bu barcha o‘limlarning 12,8% ni tashkil qiladi. Evropada har 6-erkak va har 7-ayol miyokard infarktidan (MI) vafot etadi. Oxirgi 10 yil ichida elektrokardiogrammada WT segmenti balandligi (STEMI) bilan MI bilan kasallanishning barqaror pasayish tendentsiyasi butun dunyo bo‘ylab bir vaqtning o‘zida WT segmenti balandligi (STEMI)siz MI bilan kasallanishning ortishi kuzatildi. Bundan tashqari, MI da erta va uzoq muddatli o‘lim kamayadi, ammo ba’zi ma’lumotlarga ko‘ra, uning kamayishi ayollar populyatsiyasida unchalik samarali emas.

Tadqiqotning maqsadi. O‘tkir miokard infarkti (MI) kursi va davolashning gender xususiyatlarini o‘rganish edi.

Materiallar va uslublar. Tadqiqotga 30 yoshdan 85 yoshgacha bo'lgan (o'rtacha yoshi $61,2 \pm 12,3$ yil) MI tashxisi bilan og'rigan 244 nafar bemor ishtirok etdi, ular jinsiga qarab 2 guruhga bo'lingan: 1-guruh - 80 (32,8%) ayollar, 2-guruh - 164 (67,2%) erkaklar. Bemorning demografik ma'lumotlari, tashxisi va uning asoratlari, qo'shma kasalliklar, anamnez va yurak-qon tomir kasalliklari (KY) uchun xavf omillari (RF), kasalxonada bosqichida o'tkazilgan terapevtik tadbirlar, kasalxonaga yotqizish paytida va undan keyin 12 oy ichida o'limning chastotasi. miokard infarkti baholandi.

Natijalar. Ayollarda MI arterial gipertenziya ($p < 0,01$), qandli diabet ($p < 0,05$) va semirish ($p < 0,05$) fonida statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori bo'lgan va chekishning tarqalishi erkaklarda yuqori bo'lgan. $p < 0,01$). Ikkala guruhdagi MI ning eng ko'p uchraydigan asoratlari o'tkir yurak etishmovchiligi (HF) bo'lib, u ayollarning 53,7 foizida va erkaklarning 55,5 foizida qayd etilgan (nisbiy xavf (RR) 0,96; 95% ishonch oralig'i (CI) 0,75-1,23; $p > 0,05$), ammo og'ir III-IV toifadagi HF ayollar populyatsiyasida ko'proq uchraydi (31,2% ga qarshi 23,7%; RR 1,31; 95% CI 0,85-2,01; $p > 0,05$). Ayollarda o'limga olib keladigan natijalarning chastotasi statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori bo'lgan (27,5% ga qarshi 15,2%; RR 1,8; 95% CI 1,08-2,99; $p < 0,05$), ular ko'proq kasalxonaga yotqizilgan (18,7% va 9,1) sifatida qayd etilgan. %; RR 2,05; 95% CI 1,05-3,98; $p < 0,05$) va kasalxonadan keyingi o'lim (8,7% va 6,1%; RR 1,43; 95% CI 0,56-3,63, $p > 0,05$). Miokard infarktidan keyingi dastlabki 6 oy davomida ayollarda o'lim darajasining yuqori bo'lish tendentsiyasi kuzatildi (6,2% ga nisbatan 1,8%; RR 3,41; 95% CI 0,83-13,9; $p > 0,05$), erkaklarda esa bu ko'proq edi. Kasalxonadan chiqqandan keyin 6-12 oy (4,3% ga qarshi 2,5%; RR 0,58; 95% CI 0,12-2,75; $p > 0,05$).

Xulosa. Ayollarda MI uchun eng muhim xavf omillari diabetes mellitus, arterial gipertenziya va semirishdir. Ayollarda MI kursi og'ir yurak etishmovchiligining rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, ayollarda MI ning bevosita prognozi va natijalari erkaklarnikiga qaraganda ancha noqulaydir.

O'TKIR MIOKARD INFARKTI ATIPIK KLINIK SHAKLLARINI YOSH-JINSIY VA KLINIK-ANAMNESTIK XUSUSIYATLARI

*Niyozova Ya.M., Abduvalieva G.T.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Hozirgi vaqtda MI ning atipik klinik kursi bilan bog'liq muammolar ayniqsa dolzarbdir. Bu barcha mamlakatlar aholisining yosh tarkibidagi umumiy tendentsiya bilan bog'liq bo'lib, u keksalar va qariyalar ulushining barqaror o'sishi bilan namoyon bo'ladi, bu AMI bilan kasallangan bemorlar orasida ushbu yosh toifasi ulushining oshishiga olib keladi.

O'tkir miokard infarkti (O'MI) o'zining klassik klinik (anginal) variantida namoyon bo'lgan hollarda, uni tashxislash qiyin emas. Biroq, adabiyotlarga ko'ra, deyarli to'rtdan birida kasallikning kechishi atipik bo'lib, bu AMI tashxisini, ayniqsa, kasalxonadan oldingi bosqichda juda murakkablashtiradi.

Shu bilan birga, adabiyotda o'ziga xos MI, O'MI bo'lgan bemorlarning yoshi, jinsi, klinik va anamnestik xususiyatlarini batafsil aks ettiruvchi bir nechta nashrlar mavjud. Ko'pincha, bunday ma'lumotlar tibbiy amaliyotdan ma'lum bir ishni tavsiflovchi va tahlil qiluvchi hisobotlarda taqdim etiladi. Biroq, haqiqatan ham vaziyatni aks ettiruvchi ma'lumotlarni faqat qat'iy yagona diagnostika mezonlari bilan uzoq muddatli epidemiologik dasturlarga asoslangan aholi darajasida olib borilgan tadqiqotlar natijasida olish mumkin.

Tadqiqot maqsadi. O'tkir miokard infarkti (MI) ning atipik klinik shakllari (AKSh) bo'lgan bemorlarning yoshi-jinsi va klinik-anamnestik xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot JSSTning o'tkir miokard infarkti reestri dasturi ma'lumotlariga asoslangan. 836 ta O'MI holatlari o'rganildi, 184 (22,0%) bemorda ACF O'MI

aniqlandi. O‘Mning ACF tuzilishida quyidagi variantlar ajratildi: astmatik (32,6%), kollaptoid (31,5%), qorin bo‘shlig‘i (13,6%), aritmik (7,6%), periferik (5,4%), og‘riqsiz (4,9%), miya. (4,3%).

Tadqiqot natijalari. Erkaklarning ko‘pchiligi (62,5%) O‘Mning qorin bo‘shlig‘i shakli bilan og‘rigan bemorlar guruhida, ayollar (75,0%) - miya shakli bo‘lgan guruhda. Barcha tahlil qilingan guruhlarda 60 yoshdan oshgan shaxslar ustunlik qildi. Miya varianti bo‘lgan bemorlar guruhida ilgari AMI bilan kasallangan odamlarning ko‘pchiligi aniqlangan (50,0%). Qandli diabet ko‘pincha (55,6%) og‘riqsiz KF bilan kasallanganlar orasida qayd etilgan. ACF O‘MI tashxisi past edi. Barcha ACFlardan birinchi tibbiy ko‘rikdan so‘ng, AMI ning og‘riqsiz varianti eng yaxshi (55,5%) tan olingan. Barcha holatlarda AMI kursi murakkab edi. ACF AMIda yuqori o‘lim darajasi qayd etilgan va aritmik va miya shakllari bo‘lgan guruhlarda u 100% ga etgan.

Xulosa. ACF O‘MI bilan og‘rigan bemorlarning butun guruhi klinik, anamnestic va prognostik jihatdan og‘ir bo‘lgan yosh guruhi bilan ifodalanadi. ACF O‘MI ning qoniqarsiz tashxisi bemorlarning ushbu guruhida yuqori o‘limga olib keldi. Rossiya aholisining yosh tarkibidagi umumiy tendentsiya katta yoshdagi guruhlardagi odamlar ulushining barqaror o‘lishi ekanligini hisobga olsak, ACF O‘MI bilan kasallanish yoshi bilan doimiy bo‘ladi.

POSTKOVID HOLATINING EPIDEMIOLOGIYASI VA KLINIK BELGILARINI BAHOLASH

Nizomova K.A.

Farg‘ona jamoat salomatligi instituti

Kirish. Yangi koronavirus infeksiyasi-2019 (COVID-19-koronavirus kasalligi 2019) butun dunyoga tarqaldi. 21 yil 2021 sentyabr holatiga ko‘ra, JSST 228 milliondan ortiq infeksiya va 4,69 million o‘lim holatlari haqida xabar berdi. Ushbu kasallikning klinik spektri asimptomatik infeksiyadan o‘limga olib keladigan kasallikgacha o‘zgaradi. COVID-19 o‘tkir respirator sindrom koronavirusini keltirib chiqaruvchi virus angiotenzinni aylantiruvchi ferment reseptorlari 2 (APF2) orqali hujayralarga kirib boradi.

Hujayra ichida bir marta virus replikasiya va kamolotga uchraydi, ba‘zi bemorlarda yallig‘lanish reaksiyasini keltirib chiqaradi, bu turli xil tsitokinlar tomonidan immun hujayralarni faollashtirish va infiltrasiyasini o‘z ichiga oladi.

Inson tanasidagi APF2 reseptorlari ko‘plab turdagi hujayralarda, shu jumladan og‘iz va burun bo‘shliqlarining shilliq qavatida, o‘pka, yurak, ovqat hazm qilish trakti, jigar, buyraklar, taloq, miya, arteriya va tomirlarning endotelial hujayralarida mavjud. Bu SARS-CoV-2 turli organlarga olib kelishi mumkin bo‘lgan zararni ta‘kidlaydi.

Izlanish maqsadi. Postkovid holatining epidemiologiyasi va klinik belgilarini baholashni o‘rganishdan iborat.

Izlanish materiallari va usullari. Oldimizga qo‘yilgan vazifani bajarish uchun biz pandemiya sharoitida COVID-19ga chalingan va davolash muaasalarida stasionar ravishda yotib davolangan jami 45 nafar bemorlarda tekshiruvlar o‘tkazdik. Izlanigsh usullari bo‘lib, epidemiologik-klinik va statistik usullar hisoblanadi.

Izlanish natijalari. Tadqiqotlar COVID-19ga chalingan odamlarni post-KOVID sindromi bilan bog‘liq alomatlarini o‘rganish uchun baholadi. Ushbu tadqiqotlar sifat bo‘yicha tanlangan. Ishimizning aksariyati katta kogortalar bilan bir vaqtning o‘zida tasavvurlar yoki kogort kuzatuv tadqiqotlari natijalari asosida yozilgan; ammo, kasallikning yangiligi va ma‘lumotlarning etishmasligi tufayli kichik kogortalarni o‘rganish va bir qator holatlar ham ko‘rib chiqishga kiritilgan. COVID-19 bilan kasallangan har qanday bemorda kasallikning og‘irligi va qabul qilingan davolanish intensivligidan qat‘i nazar, postkovid sindromi rivojlanishi mumkin. Kasalxona bo‘limlarida va reanimasiya bo‘limlarida davolangan bemorlarda COVID-19 bilan bog‘liq uzoq muddatli alomatlar paydo bo‘lishida juda oz farq

bor edi [17]. Postkovid sindromining klinik belgilarini rivojlantiradigan odamlarning nisbati, ular davolanish paytida faqat kislorod olishidan, nafas yo'llarida ijobiy doimiy bosimdan yoki o'pkaning invaziv shamollatishidan qat'i nazar, taxminan bir xil. O'tkir bosqichning engil alomatlari bo'lgan ko'plab bemorlarda postkovid belgilari ham rivojlanadi; aslida, tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda ambulatoriya bemorlariga nisbatan ularning tarqalishidagi farq minimaldir.

Xulosa. Turli mamlakatlarda qayd etilgan kasallanish va o'lim darajasi turlicha bo'lib, bu postkovid sindromini rivojlantiradigan bemorlar sonini aniq taxmin qilishni qiyinlashtiradi. Xuddi shunday, postkovid sindromini aniq baholashga urinishda qiyinchiliklar paydo bo'ladi. Epidemiologik ma'lumotlardagi bunday tafovutlar bir necha omillar, jumladan, dastlabki populyasiyalardagi farqlar, tashxis qo'yish, hisobot berish tizimlarining aniqligi va sog'liqni saqlash tizimlarining imkoniyatlari natijasidir. Postkovid bo'yicha aniq epidemiologik ma'lumotlarni olish qiyin bo'lishiga qaramay, ushbu ma'lumot sog'liqni saqlash tizimlari va hukumatni qo'llab-quvvatlash va davolash algoritmlarini ishlab chiqishda ogohlantirish uchun zarurdir.

POSTKOVID HOLATINING OLDINI OLISH VA DAVOLASH SAMARADAORLIGINI OSHIRISH

Nizomova K.A.

Farg'ona jamoat salomatligi institute

Kirish. COVID-19 bilan kasallangan va hozirda undan aziyat chekayotgan odamlarning ko'pligini hisobga olsak, uning uzoq muddatli oqibatlari haqida tashvish kuchaymoqda. Ushbu ishda mualliflar ajralishdan keyingi sindromning doimiy alomatlarini o'rgangan tadqiqotlarni ko'rib chiqdilar, uning rivojlanishi uchun mumkin bo'lgan xavf omillari va simptomlarni yo'qotish uchun foydali bo'lishi mumkin bo'lgan davolash usullari haqida savol tug'dirdilar.

Bugungi kunda postsovid sindromi sir bo'lib qolmoqda va SARS-CoV-2 ning yangi variantlarining postsovidning chastotasi va yuklamasiga ta'siri tobora dolzarb bo'lib, uni o'rganishni davom ettirish muhimdir.

Postkovid sindromi bo'lgan odamlarga va ularni qo'llab-quvvatlashga harakat qiladigan sog'liqni saqlash tizimlariga yukni kamaytirish uchun uning patogenezi, xavf omillari, alomatlari va davolash usullarini chuqurroq anglash kerak.

Izlanish maqsadi. Postkovid holatining oldini olish va davolash samaradorligini oshirish masalalarini o'rganishdan iborat.

Izlanish materiallari va usullari. Oldimizga qo'yilgan vazifani bajarish uchun biz pandemiya sharoitida COVID-19ga chalingan va davolash muaasalarida stasionar ravishda yotib davolangan jami 45 nafar bemorlarda tekshiruvlar o'tkazdik.

Izlanish natijalari. Tekshiruvimizda biz koronavirus infeksiyasi (COVID-19) –SARS CoV-2 Korona virus turkumidagi yangi shtamm keltirib chiqaruvchi, havo-tomchi va maishiy-kontakt yo'li bilan tarqaluvchi, o'pka to'qimalarini zararlashga moyil bo'lgan, simptomsiz virus tashuvchilikdan to kasallikning og'ir klinik ko'rinishida namoyon bo'ladigan shakligacha olib kelagan bemrlarni tanlab oldik, ularda intoksikasiya, yuqori va pastki nafas yo'llarining yallig'lanish jarayoni, o'tkir respirator distress sindromi bilan kechuvchi pnevmoniya va sepsis rivojlanish xavfi bilan tavsiflandi.

Shrgangan bemorlarimizda inkubasion davr muddati 2 dan 14 kungacha, o'rtacha 5-7 kunni tashkil etganligini kuzatdik. Umumiy populyasiyadagi klinik belgilar diapazoni kasallikning engil bosqichidan kritik holatning rivojlanishigacha o'zgardi

Birinchi bor tibbiy yordam uchun murojaat qilganda, COVID-19 bilan zararlanganlikka gumon qilingan va og'ir o'tkir respirator infeksiyasi belgilari bo'lgan barcha bemorlarni saralash, kasallikning og'ir kechishi kuzatilganda esa, shoshilinch tarzda davolashni boshlash tavsiya etiladi.

Kasallik engil kechishida, bemor holatining keskin yomonlashish xavfi bo'lmasa, kasalxonaga yotqizish tavsiya etilmaydi.

Kasallik engil shaklda yoki klinik alomatlari yumshoq kechgan holda, bemorni uy sharoitida olib borish masalasi ko'rib chiqilishi mumkin.

Shu tamoyil asosida, stasionarda davolanayotgan, klinik belgilari mavjud, lekin endi stasionar sharoitida davolanishga muhtoj bo'lmagan bemorlarga ham uy sharoitida yordam ko'rsatsa bo'ladi

Engil klinik alomatlariga ega bo'lgan va, shu bilan birga, surunkali kasalliklar va asorat rivojlanishi xavfi, ya'ni yurak va o'pka kasalliklari, buyrak etishmovchiligi yoki immun tanqisligi yo'q bemorlarga uy sharoitida davolanishni yo'lga qo'ydik.

Bemorni uy sharoitida olib borishni rejalashtirayotganda, birinchi navbatda, parvarish qilishni tashkil etish uchun ularning yashash sharoitlarini; bemor va oila a'zolarining uyda izolyasiyani ta'minlash uchun tavsiya etilgan ehtiyot choralariga rioya qilishga tayyorligini (ya'ni qo'l gigienasi, nafas olish gigienasi, tozalash, uy ichida va tashqarida harakatlanish bo'yicha cheklovlar) baholash lozim.

Uy sharoitida davolanish davomida, ya'ni kasallik belgilari butunlay yo'qolgunga qadar, bemor bilan shifokor o'rtasida doimiy muloqot o'rnatilgan bo'lishi lozim. Uy sharoitida bemorni izolyasiya qilishda ehtiyot choralarining davomiyligini aniqlash uchun COVID-19 kasalligini qo'zg'atuvchisining yuqishi to'g'risida yanada to'liqroq ma'lumot berish lozim.

Xulosa. Bemorlar va ularning oila a'zolariga, uy sharoitida davolash, imkon qadar, boshqa oila a'zolariga infeksiya yuqish xavfini keltirib chiqarmasligi maqsadida, shaxsiy gigienaning turli jihatlarini, shuningdek, COVID-19 ga gumon qilingan oila a'zosi uchun parvarishni tashkil qilish tartibini tushuntirish kerak. Uy sharoitida davolashda bemor va uning oilasini uzluksiz qo'llab-quvvatlab turish, sanitar – oqartuv ishlarini olib borish va ularning holatini doimiy ravishda kuzatib borish kerak.

FARG'ONA VODIYSI AHOLISI ORASIDA ANEMIYA KASALLIGINING YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARIGA TA'SIRI

Oxunbaev O.A.

Farg'ona davlat tibbiyot institute

Kirish. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalariga muvofiq aniqlangan anemiya, erkaklarda 130 g/l va ayollarda 120 g/l gemoglobin darajasining pasayishi sifatida kardiovaskulyar kasallik uchun mustaqil xavf omilidir. 10 g/l ga gemoglobin darajasining pasayishi koronar patologiyadan o'lim xavfini oshiradi.

Ishda anemiya va yurak-qon tomir tizimi kasalliklari o'rtasidagi aloqaning asosiy patofizyologik mexanizmlari tasvirlangan, bu sohada nisbatan yaqin tadqiqotlar natijalari qisqacha bayon etilgan, klinik amaliyotda ularning ahamiyati ko'rib chiqilgan.

Tadqiqotning maqsadi. Farg'ona vodiysi aholisi o'rtasida anemiya kasalligining chastotasi va xususiyatini, uning klinik va gemodinamik parametrlarga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Oldimzda qo'yilgan vazifalarni bajarish uchun biz kamqonlik bilan 55 nafar bemorini tanladik va yurak-qon tomir tizimi patologiyasi tahlil qildik.

Tadqiqot natijalari. NYHA tomonidan sistolik CHF II-IV FK bo'lgan bemorlarda voz mezonlari bo'yicha tashxis qo'yilgan anemiya darajasi 28,8%. Ko'pgina bemorlarda (46,1%) temir tanqisligi kamqonligi aniqlandi, ikkinchi o'rinda surunkali kasalliklar anemiyasi (36,5%), kamroq vitamin B12 tanqisligi (7,9%) va foliy etishmasligi (9,5%) anemiya.

Anemiyaning mavjudligi CHF funktsional klassining oshishi bilan ortadi (NYHA III va IV kasalliklarida 33% NYHA II da 15% bilan solishtirganda). Anemiyaning zo'ravonligi CHF davomiyligi, NT-proBNP darajasi bilan to'g'ridan-to'g'ri proportsionaldir, lekin FV LJ ga bog'liq emas. Anemiyaning mavjudligi ishonchli yuqori IMMLJ va miyokard LJ ning sistol-

diastolik disfunksiyasi bilan bog'liq. Yuqori darajadagi HRB, proteinuriya mavjudligi va GFR va xolesterinning past qiymatlari bilan anemiya mavjudligiga bevosita bog'liqlik mavjud.

Kardiyorenik anemik sindrom sistolik CHF bo'lgan bemorlarning 20,7% da aniqlandi, ular uchun past gemoglobin va GFR qiymatlari yuqori NT-proBNP va yallig'lanish belgilari (HRC, il-1 va FNO-a) bilan buyrak patologiyasi bo'lmagan bemorlarga nisbatan.

Kardiyorenal anemik sindromi vena temir dori (saxarat va karboksimaltoz temir) bilan bemorlarning mutlaq temir tanqisligi tuzatish FK CHF, hayot sifatini yaxshilash va yurish bilan olti daqiqa sinov natijalariga ko'ra yuk bag'rikenglik oshirish sezilarli kamayishiga olib keladi. Barcha bemorlar Hb, Ht, eritrotsitlar darajasini normallashtirdi va HRC qiymatlari kamaydi ($p < 0.001$). Bemorlarning ushbu guruhida intravenöz temir preparatlarini qo'llash xavfsiz va yaxshi muhosaba qilinadi.

Sistolik CHF statin, ivabradin va inotrop preparatlarning (dopamin, levosimendan, ularitid) asosiy terapiyasiga kirish gemoglobin darajasiga ta'sir qilmaydi va buyraklarning funksional holatini yomonlashtirmaydi.

Xulosa. Temir moddasi 46,1% CHF holatlarida uchraydi va gemoglobin darajasida va temir almashinuvi, sarum temir, ferritin, transferrin va temir transferrinning to'yinganligi kabi osonlik bilan tashxislanadi.

Anemiya va temir tanqisligi uchun temir preparatlari bilan davolash CHF uchun klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining yaxshilanishiga olib keladi, shu jumladan buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda. Ushbu toifadagi bemorlarda temir preparatlarini tayinlash xavfsiz va yaxshi samaraga erishiladi.

TUBERKULYOZ PLEVITIGA GUMON QILINGAN BEMORLAR TASHXISOTI, TASHXISLASH USULLARI VA DAVOLASH NATIJALARI.

Parpieva N.N.¹, Abdugapparov F.B.¹, Xodjaeva M.I.², Muxamedov K.S.², Mamatov L.B.², Ongarbayev D.O.², Xakimov A.A.²

¹ - Respublika Ixtisoslashtirilgan Ftiziatrya va Pulmonologiya Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi

² – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Dolzarbliqi. Tuberkulez (TB) plevriti (TP) o'pkadan tashqari a'zolar tuberkulez kasalligining (O'TAT) ikkinchi eng keng tarqalgan ko'rinishi bo'lib, butun dunyo bo'ylab diagnostikasi asosiy muammo bo'lib qolmoqda.

Maqsad. TP diagnostika muolajalarining chastotasi hamda qo'llaniladigan diagnostika usullarining tuberkulez kasalligi bilan bog'liqligi va davolash natijalarini baholash.

Material va metodlar. Bu 2017 yildan 2018 yilgacha Toshkent shahridagi Respublika Ixtisoslashtirilgan Ftiziatrya va Pulmonologiya Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi shifoxonasiga tuberkulez plevritiga shubha qilinib yotqizilgan bemorlarning kasallik tarixlaridan olingan ikkilamchi ma'lumotlardan foydalangan holda o'tkazilgan kogort tadqiqot bo'lib, bunda jami 187 ta bemorning kasallik tarixi o'rganib chiqildi.

Natijalar. TPga shubha qilingan jami 187 bemor tekshirildi va 149 bemorda TP tashxisi tasdiqlandi (boshqa tashxislar orasida onkologik jarayon $n=8$, pnevmoniya $n=17$ va 13 ta holatda etiologiya aniqlanmagan). Tuberkulez kasalligi bakteriologik jihatdan 22 (14,8%) bemorda, 64 (43,0%) bemorda sitologik, 16 tada (10,7%) gistologik tekshirishda tasdiqlangan. Gepatit davolash muvaffaqiyatsizligi xavfi bilan sezilarli darajada bog'liq bo'lgan yagona yondosh kasallik bo'ldi (RR 4,8; 95% CI 1,44-15,98, P qiymati 0,011). Yakuniy ko'p o'zgaruvchan regressiya tahlili shuni ko'rsatdiki, dori-darmonlarga chidamli tuberkulez kasalligi tuberkulezga qarshi davolanishning muvaffaqiyatsizligi xavfining ortishi bilan mustaqil ravishda bog'liq (RR 3,83; 95% CI: 1,05-14,02, P qiymati 0,04).

Xulosa. TP ning diagnostika aniqligini maksimal darajada oshirish va noto'g'ri tashxis qo'yish ehtimolini minimallashtirish uchun keng qamrovli yondashuvlar talab qilinadi. Tuberkulezga qarshi davolashni muvaffaqiyatli yakunlash uchun yondosh kasalliklari bor bemorlar va dori-darmonlarga chidamli TB li bemorlar diqqat bilan kuzatilishi kerak.

KARDIOGEN SHOK BILAN ASORLANGAN O‘TKIR KORONAR SINDROMNING SALBIY OQIBATLARI XAVFINI BOSHQARISHGA INNOVATSION YONDORLASH

Primqulova G.N.

*Ichki kasalliklari propedevtikasi kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Kirish. Bir qator xorijiy mamlakatlarning sog'liqni saqlash tizimlarida AKS bilan og'rigan bemorlarni boshqarish va erta reperfuzion strategiyani ta'minlash bo'yicha zamonaviy tavsiyalarning joriy etilishi CS bilan kasallanishning 3-8% gacha kamayishi bilan belgilandi. Biroq, KABGda kasalxonada o'lim darajasi barcha yosh guruhlarida yuqoriligicha qolmoqda: 50-90%.

ACSda o'lim darajasining ixtisoslashtirilgan yuqori texnologiyali yordam mavjudligiga bog'liqligi dolzarb ilmiy va amaliy vazifani belgilaydi: koronar reperfuzion va murakkab shakllar uchun intensiv terapiya yordamida bemorni samarali tashxislash va davolashga fanlararo yondashuvni shakllantirish. ACS.

Tadqiqot maqsadi. Tadqiqotning maqsadi ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazida kardiogen shok bilan asoratlangan o'tkir koronar sindromning noqulay natijasini rivojlanish xavfini boshqarishning innovatsion yondashuvlarini ishlab chiqishdan iborat.

Materiallar va tadqiqot usullari. Kuzatuv hajmi 2018 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda RCEMPAFga ketma-ket yotqizilgan ACS bilan kasallangan 192 bemorni tashkil etdi. ACS bilan og'rigan bemorlarning umumiy sonidan MI 33,9% ni tashkil etdi (n=6537).

Tadqiqot natijalari. 2020 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda yuqori xavfli ACS bilan og'rigan bemorlarda kardiogen shok bilan kasallanish darajasi 7,5% ni tashkil etdi (2018 yildagi 4,4% dan 2020 yilda 10,4% gacha); kasalxonada o'lim - 88% (2020 yildagi 98,8% dan 2021 yilda 80% gacha). Kardiogen shok bilan og'rigan bemorlarni davolashning konservativ strategiyasi 100% kasalxonada o'lim bilan bog'liq.

O'tkir koronar sindromda kardiogen shokni rivojlanish xavfi bilan quyidagilar bog'liq: bemorning yoshi 60 yoshdan oshgan, ayol jinsi, qandli diabet, anemiya, giperglikemiya va kasalxonaga yotqizilganida plazma kreatinin konsentratsiyasining oshishi, shuningdek, bemor kech tibbiy yordam so'rab murojaat qilganligi sababli.

Kardiogen shokning noqulay oqibati uchun xavf omillari: keksa yosh, koronar lezyon darajasi va perkutan koronar aralashuvda samarali reperfuziyaning yo'qligi - TIMI 3 qon oqimiga erishish. Kardiogen shokda trombolitik terapiyaning reperfuzion yondashuv sifatidagi imkoniyatlari cheklangan. Trombolitik terapiya kardiogen shok bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha 12,1% (8,9% - 14,6%) da qo'llanilgan, bu turdagi davolash bilan o'lim darajasi o'rtacha 91,8% (83,3% - 100%).

Kardiogen shok bilan asoratlangan o'tkir koronar sindromli bemorlarda noxush oqibatlarning rivojlanish xavfini boshqarishning innovatsion yondashuvlari "shokga qarshi guruh" diagnostikasi va davolashga fanlararo yondashuvni amalga oshirish uchun sharoit yaratishni o'z ichiga oladi (kardiolog ishtiroki, funktsional diagnostika doktori, rentgen endovaskulyar jarroh) zamonaviy klinik usullarni qo'llashning uzluksizligi va murakkabligini ta'minlash uchun tasdiqlangan harakatlar algoritmiga asoslangan.

2018-2019 yillarga nisbatan 2019-2021 yillarda kardiologik shifoxonada kardiogen shok bilan asoratlangan o'tkir koronar sindromning noxush oqibati xavfini boshqarishning innovatsion yondashuvlarini joriy etish 2018-2019 yillarga nisbatan intrakoronar intervensiya

muolajalari chastotasini oshirish imkonini berdi. aorta balonini pompalash (bemorlarning 8,5% dan 91% gacha yoki 10 martadan ko'proq; $p=0,00001$); stentlash bilan teri orqali koronar aralashuvni qo'llash 4,7 marta ($p=0,00001$), foydalanish chastotasi ko'p tomirli perkutan koronar aralashuv - 2,5 marta ($p=0,0081$).

Kardiogen shok bilan og'riqan bemorlarda terapevtik chora-tadbirlar kompleksini amalga oshirish sharti bilan: aorta ichidagi balon kontrapulsatsiyasini qo'llab-quvvatlagan holda stentlash va qon oqimini TIMI 3 ga qadar tiklash bilan perkutan koronar aralashuv, bemorning yoshini 1 yilga oshirishga sabab bo'ladi. o'lim ehtimolining 1,1% ga oshishi, SYNTAX bo'yicha koronar arteriyalarning shikastlanishi og'irligining 1 birlikka oshishi - 0,6% ga. Erta stent trombozi 100% o'lim bilan bog'liq.

Xulosa. 2020-2021 yillarda kardiogen shok bilan asoratlangan o'tkir koronar sindromni intensiv terapiyaga yangi yondashuvlar 2006-2008 yillarga nisbatan og'ir bemorni kasalxonaga yotqizishdan to reperfüzyongacha bo'lgan vaqtni besh baravarga qisqartirishga yordam berdi ($423\pm 1403,1$ dan). 83 ± 108 min $p=0,0038$ gacha); TIMI da optimal qon oqimiga erishish chastotasining 3,7 martaga oshishi ($p=0,005$), kardiogen shok bilan asoratlangan miokard infarktning takrorlanish darajasining 31% dan 18,6% gacha kamayishi ($p=0,0029$) va kasalxona darajasi o'lim darajasi 1,6 marta (91% dan 56,9% gacha, $p = 0,000001$).

O'TKIR KORONAR SINDROMLI ERKAKLARDA ELEKTRIK MIOKARDIY KO'RSATILISHI VA UNING XAVF FATORLARI VA PROGNOZ BILAN ALOQASI

Primqulova G.N.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Kirish. Amerika Yurak Assotsiatsiyasi (2001) ma'lumotlariga ko'ra, har yili 1 milliondan ortiq amerikaliklar yurak xuruji (ingliz adabiyotida "yurak xuruji" atamasi ko'proq qo'llaniladi) va yurak tutilishi kabi koronar qon aylanishining buzilishi epizodlarini boshdan kechirishadi.

Ularning yarmidan ko'pida bu holatlar hayotlarida birinchi marta sodir bo'ladi, qolganlarida esa yurak belgilarining takrorlanishi (qaytalanishi) mavjud. Erkaklar ayollarga qaraganda 2-3 marta ko'proq yurak xurujiga duchor bo'lishadi. Yoshi bilan yurak xuruji hollari ham ortadi. Taxminan 12 million kishi yurak-mushaklarga qon ta'minoti buzilishi (ishemiya) bilan tavsiflangan ko'krak qafasidagi og'riqning 6 epizodiga ega.

NS uchun kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning 5% kasalxona bosqichida miokard infarkti yoki o'limni rivojlantiradi.

Tadqiqot maqsadi. O'tkir koronar sindromli erkaklarda miokardning elektr tokini qayta qurish va uning xavf omillari va prognozi bilan bog'liqligini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. 444 nafar erkak tekshirildi, ulardan 148 nafari o'tkir birlamchi miokard infarkti bilan og'riqan bemor va 296 nafari yurak-qon tomir kasalliklarining klinik, anamnestik, ECG belgilari bo'lmaganlar nazorat guruhini tashkil etdi.

Tadqiqot natijalari. Barcha o'rganilgan shaxslar ikki guruhga bo'lingan - 50 yoshgacha va 51 yoshdan katta. Birinchi kichik guruhdagi o'rtacha yosh AMI uchun $44,6 + 4,5$ yil va nazorat guruhi uchun $43,7 + 4,9$ yil ($p = 0,269$); ikkinchi kichik guruhda AMI uchun o'rtacha yosh $60,3 + 6,6$ yil va nazorat guruhi uchun $59,9 + 6,1$ yil ($p = 0,662$).

Birlamchi AMI rivojlanishining nisbiy va atributiv xavfi bemorning yoshiga va RF turiga bog'liq. Shu bilan birga, nisbiy va atributiv (qo'shimcha) risk, xavf omilining turiga qarab, ko'p yo'nalishli bo'lishi mumkin. Arterial gipertenziya xavfi va yurak-qon tomir kasalliklarining irsiyat omili yoshi bilan ortadi.

O'tkir koronar sindromi bo'lgan erkaklarda (ham AMI, ham NS bilan) chap qorincha faollashuv tezligining sezilarli darajada pasayishi va SAF heterojenligining ortishi, SAPRning klinik ko'rinishi bo'lmagan odamlarga nisbatan aniqlangan, bu yuqori ko'rsatkichni ko'rsatadi. Bu bemorda miokardning elektr heterojenligi darajasi.bemorlar toifalari.

C)-MI bilan og'rikan bemorlarda miyokardning heterojenligini tavsiflovchi chap qorincha faollashuv tezligining heterojenlik ko'rsatkichi p-to'lqini bo'lmagan AMI bilan og'rikan bemorlarga qaraganda sezilarli darajada yuqori.

Xavf omillarining mavjudligi chap qorincha faollashuv tezligining pasayishi va SAF heterojenlik indeksining oshishi bilan bog'liq. Arterial gipertenziya, chekish, giperkolesterolemiya va ortiqcha vazn uchun eng yaqin munosabatlar o'rnatildi.

Birinchi kunida SAF qiymatining pasayishi, shuningdek, ACS rivojlanish dinamikasida (7 va 17-kunlarda) va infarkt zonasidan tashqarida chap qorincha faollashuv tezligida heterojenlik darajasining oshishi. ACS bilan og'rikan bemorlarda yurak aritmiyalari va yomon prognozlarining rivojlanishining belgisidir.

Integratsiyalashgan yondashuv, shu jumladan AMI rivojlanishining nisbiy va atributiv xavfini oshiradigan xavf omillarini o'rganish, ACS rivojlanish dinamikasida EAS tezligi determinantlarini o'rganish bilan birgalikda, kohort va individual yondashuvlarni birlashtirishga imkon beradi. kasallikning rivojlanishi va uning oqibatlarini.

Shu nuqtai nazardan, yurakning elektr faolligining xavf omillari va tezlik xususiyatlarini har tomonlama o'rganish alohida qiziqish uyg'otadi, chunki prognozni aniqlashga imkon beradigan miokarddagi eng erta, shu jumladan preklinik o'zgarishlarning ko'rsatkichlari. har bir bemor uchun kasallikning dastlabki bosqichida.

Biroq, yurak xurujining birlamchi epizodining oldini olish bo'yicha tadqiqotlarni kasallikning prognozini o'rganish bilan birlashtirgan integratsiyalashgan yondashuv adabiyotda yaxshi yoritilgan emas.

Xulosa. Shunday qilib, bemorlarni asoratlar, to'satdan o'lim xavfi bo'yicha tabaqalash, shuningdek, prognoz va prognozni optimallashtirish uchun miyokardning funktsional va moslashuvchan qobiliyatini hisobga olgan holda yurak-qon tomir kasalliklarini erta tashxislashda yangi yondashuvlarni izlash juda muhimdir. bemorni, xususan, o'tkir koronar sindrom bilan davolash taktikasini aniqlash.

SURUNKALI BUYRAK KASALLIKINING OG'IZ SHILLIQ QAVATIGA TA'SIRI

Qodirov M.Q.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbligi. So'nggi o'n yilliklarda buyrakni almashtirish terapiyasi (RRT) usullarini takomillashtirish va transplantatsiya muvaffaqiyati surunkali buyrak etishmovchiligi (CRF) bo'lgan ushbu toifadagi bemorlarning umr ko'rish davomiyligini sezilarli darajada oshirdi. Shuni ta'kidlash kerakki, mamlakatimizda bunday bemorlarning yosh tarkibi RRT bilan ta'minlanish darajasi yuqori bo'lgan mamlakatlardan farq qiladi va yosh va mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlarning keskin ustunligi bilan tavsiflanadi. Shu bilan birga, zamonaviy dializ o'z kasbiy faoliyatingizni davom ettirish imkonini beruvchi tibbiy va ijtimoiy reabilitatsiyani ta'minlashini alohida ta'kidlash muhimdir.

Tadqiqot maqsadi. Klinik kechish xususiyatlarini chuqur o'rganish, og'iz bo'shligining xususiyatlarini baholash asosida surunkali buyrak kasalligi bilan og'rikan bemorlarda periodontitni davolash samaradorligini oshirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Belgilangan vazifalarni hal qilish va surunkali buyrak kasalligi bilan og'rikan bemorlarda periodontitni yangi farmakologik tarkibdan foydalangan holda kompleks davolashning klinik va laboratoriya samaradorligini o'rganish uchun stomatologiya bo'limi negizida yagona markazli randomize klinik va laboratoriya ochiq nazoratli tadqiqot o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Buyrak glomerulo- va tubulointerstitsial kasalliklari va dekompensatsiya bosqichida surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda og'iz bo'shlig'i kasalliklarining klinik ko'rinishi har xil. Buyrak glomerulo-, tubulo- va interstitsial

buyrak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda so'lak bezlari faoliyatining buzilishi va periodontitning rivojlanishi bilan bog'liq belgilar, dekompensatsiya bosqichida surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda to'qimalarning regeneratsiyasining buzilishi belgilari ustunlik qiladi.

CRF bilan og'rikan bemorlarda og'iz suyuqligining laboratoriya parametrlarini o'rganishda laktoferrin / albuminning $8343,4 \pm 2573,1$ mg / g albumin (nazorat $25289,8 \pm 5260,8$ mg / g albumin), karbamid / albumin 18,2 ga sezilarli darajada pasayishi aniqlandi. $\pm 4,39$ mkmol/g albumin (nazorat $23,88 \pm 6,65$ mkmol/g albumin) va GTIP guruhidagi karbamid/albuminning $38,19 \pm 13,56$ mkmol/g albumingacha oshishi.

Buyrak kasalligi bilan og'rikan bemorlarda periodontal kasallikning klinik ko'rinishining og'irligi va ularning ijtimoiy-psixologik oqibatlarini LOHIP-14-Ki modifikatsiyasi nuqtai nazaridan bemorlarning hayot sifatining stomatologik tarkibiy qismlarining sezilarli darajada pasayishiga olib keladi.

Silavit asosida buyrak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda surunkali generalize periodontitni davolash uchun yangi kompozitsiya, jumladan S vitamini, gidroksiopitit va kollagen gidrolizat, glyukozamin ishlab chiqilgan va uning klinik samaradorligi isbotlangan.

Surunkali buyrak etishmovchiligi va GTIP bilan og'rikan bemorlarda surunkali generalize periodontitni kompleks davolash algoritmini yangi dori tarkibidan foydalangan holda optimallashtirish periodontal to'qimalarda yallig'lanishning intensivligini kamaytirish va tish salomatligi tufayli bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini berdi.

O'tkazilgan klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijalari stomatologlarning glomerulyar, tubulointerstitsial buyrak kasalliklarida og'iz bo'shlig'idagi namoyon bo'lishi, surunkali buyrak etishmovchiligi, ushbu toifadagi bemorlarda periodontitning kechishi va davolash xususiyatlari to'g'risida fikrlarini kengaytiradi.

Buyrak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda surunkali generalize periodontitni kompleks davolashda kollagen gidrolizat, gidroksiopitit, vitamin C va glyukozamin bilan silavit asosidagi yangi dorivor kompozitsiyadan foydalanish taklif qilindi va uning samaradorligi isbotlandi.

Klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijalarini hisobga olgan holda, buyrak glomerulyar, tubulointerstitsial kasalliklari va surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda surunkali generalize periodontitni kompleks davolash sxemasi optimallashtirildi.

Xulosa. Shunday qilib, urologik kasalliklar hayot sifatining pasayishi, nogironlik va erta o'limning sabablaridan biri bo'lib, bir qator ijtimoiy va iqtisodiy muammolarni keltirib chiqaradi.

SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

Qosimova N.

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. Yurak yetishmovchiligi yurakning tuzilishi yoki funksiyasidagi o'zgarish bilan tavsiflanadi, bu oddiy to'lg'azish bosimiga qaramasdan to'qimalarning ehtiyojiga qarab kislorod yetkazib berishga qodir emas.

Zamonaviy xalqaro tavsiyalarga muvofiq surunkali yurak etishmovchiligi (CHF) bemorning odatiy shikoyatlari (nafas qisilishi, oyoq shishishi, charchash) va simptomlari (yuqori venoz bosim, o'pkada xirillash, apikal surish) yurak tuzilishi yoki funksiyasidagi o'zgarishlar natijasida yuzaga keladigan sindrom sifatida tavsiflanadi.

Yurak etishmovchiligi chap qorincha chiqishi (FV LZH) ning kamaygan va normal fraktsiyasi bilan o'zini namoyon qilishi mumkin. Bu erda va bundan keyin CHF faqat miyokard infarktidan keyin bemorlarda eng keng tarqalgan variant sifatida FV LZ bilan kamayadi.

Tadqiqot maqsadi: shahar poliklinikasida surunkali yurak etishmovchiligining differentsial diagnostikasi va optimal davolash imkoniyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: yil davomida terapevtga Andijon shahridagi AOMPB poliklinikalariga murojaat qilgan bemorlarni istiqbolli kuzatish ishlari olib borildi.

Tadqiqot natijalari: surunkali yurak etishmovchiligi (CHF) uchun " yumshoq " tashxis mezonlari kardiolog poliklinika umumiy yillik qabul bemorlarning 29,8% edi. Tadqiqot natijasida CHF tashxisi 50,3% hollarda tasdiqlangan. KOAH (10,8%), hipotiroidizm (9,2%), vaqtinchalik miokard ishemiyasi (9,2%), semizlik (10,3%), psikogenik sabablar (4,3%), kamqonlik (3,2%): erkaklar 33,3% va ayollar 59,5%, shu jumladan, boshqa bemorlarda, shikoyatlar muqobil sabablari aniqlandi. aritmiya (2,2%).

90,8% hollarda CHF ning differentsial diagnostikasi poliklinika va tuman diagnostika klinik markazi sharoitida tugallandi va bemorlarning faqat 9,2% ixtisoslashtirilgan kardiologiya muassasasida qo'shimcha tekshiruv o'tkazdi. Skrining uchun miya natriy peptid o'rganish imkoniyati yo'qligi, hududiy masofa va tuman klinik markazida tadqiqotlar kutish ($101,8 \pm 88$ days uchun o'rtacha) vaqt va tadqiqot qiymati ($8,03 \pm 2,1$ inson diagnostika xizmatlar) o'sishiga hissa qo'shgan, shuningdek, CHF shubha bilan bemorlarning 36,1% o'rganish chiqib.

Tasdiqlangan CHF bilan og'rigan bemorlar (erkaklar va ayollar teng soni), etiologiya, o'rta funktsional sinf NYHA ($2,1 \pm 0,7$) va Evropa ro'yxatdan o'tish EuroHeart Failure survey quyi chap qorincha ejeksiyon fraksiyasi (44,1%) bilan shaxslar ulushi, lekin yosh ($64,8 \pm 10,6$ yil) va oliy yoshi bilan farq arterial hipertansiyonun tarqalishi (74,2%), EPOCH-o-CHF rusumidagi bemorlarga o'xshash.

Ace inhibitörleri yoki angiotensin II retseptorlari antagonistlari 95%, tavsiya etilgan p-blokerlari — 91%, spironolakton-71%, diuretiklar-90%, digoksin - 27%, statinlar-CHF bo'lgan bemorlarning 61%. Past FV bilan CHF bilan IAPF/Arap va p-adrenoblokatorlarning maqsadli dozalari

51%, maqsad yurak tezligi - - 44%, maqsad dozalarda kamida 50%, mos ravishda 68% va 83% erishilgan sinus ritmi bilan bemorlarning 23% ivabradin qo'shib talab hollarda,%. Tegishli ko'rsatmalarga ega bo'lgan bemorlarning faqat 43,2% ni belgilashga muvaffaq bo'lgan og'iz antikoagulyantlaridan foydalanish etarli emas.

Xulosa: arterial gipotenziya (39%), bradiaritmiya (17%), bronkoobstruksiya (12%), giperkalemiya (5%), pastki ekstremitalarning arteriyalarining aterosklerozini (5%) va glomerüler filtratsiya tezligini (2%) kamaytirish asosiy tavsiya etilgan dorilarning maqsadli dozalariga erishishga to'sqinlik qildi. O'rtacha qon bosimi, kaliy va qon plazmasining kreatinin normada qoldi.

TO STUDY ACQUIRED HYDROCEPHALUS AND TO FIND ITS IMPORTANT CAUSES AND TO RULE OUT BEST TREATMENT METHOD TO EASE PATIENTS.

Rabia Zafar.

Samarkand State Medical Institute.

Abstract: The purpose of study is to understand the cases of acquired Hydrocephalus. It occurs after birth when Cerebrospinal Fluid is not properly absorbed or is produced excessively. Total amount of Cerebrospinal Fluid present in humans at a time is 150ml, it is produced at rate of 200ml per hour and total produced in one day is 5000ml.

Introduction: Hydrocephalus is defined as the Cerebrospinal Fluid gathered in brain due to imbalance between production and absorption. It will cause to increase of Intra Cranial Pressure. There are different types of hydrocephalus Communicating and non communicating

Communicating : if the obstruction is outside the ventricular system usually in the subarachnoid space and arachnoid granulations .

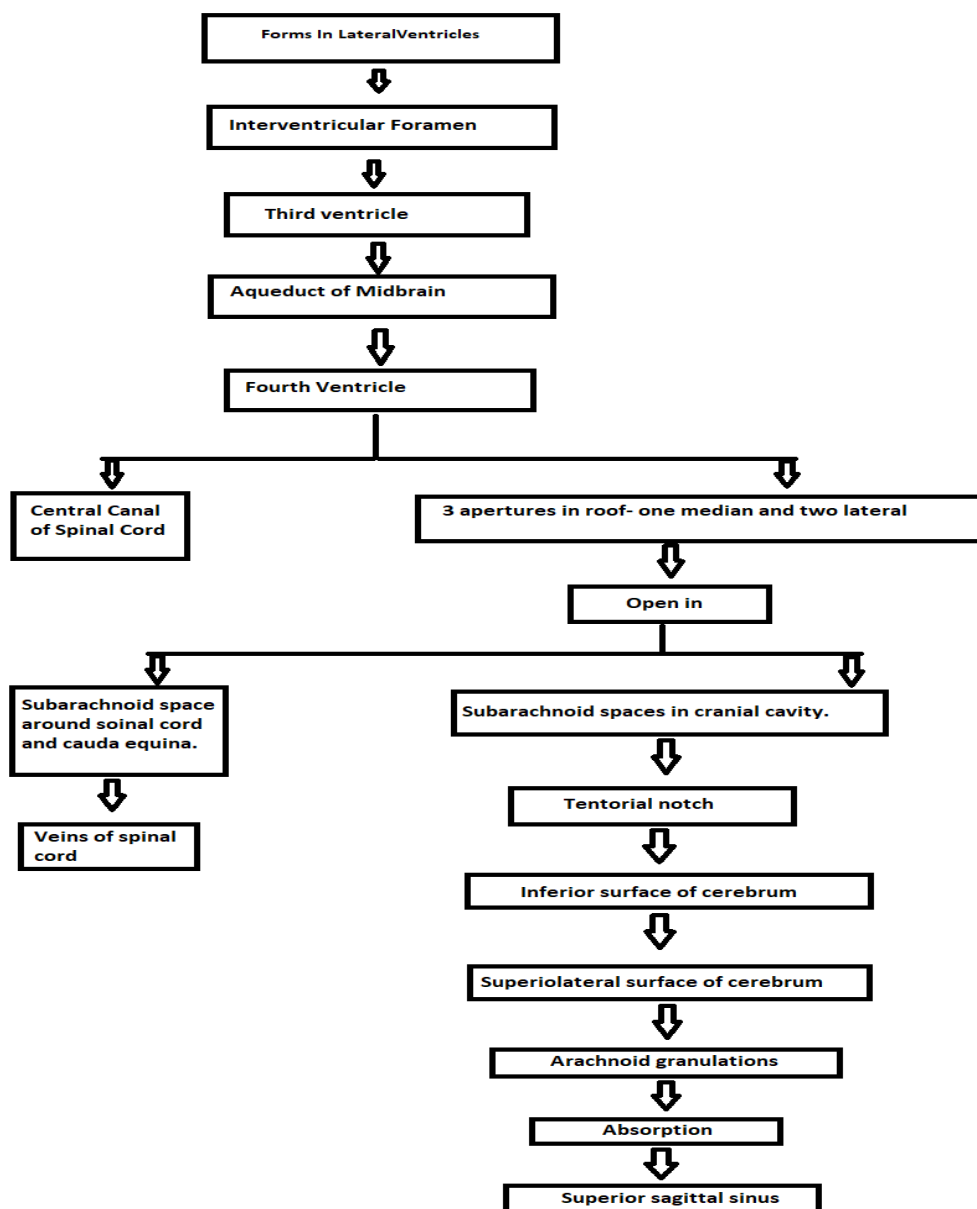
Clinical manifestations :

Enlarged head size .
Dilated veins over scalp.
Tense anterior fontanelle .

Non communicating : It occurs if the obstruction is within the ventricular system called non communicating hydrocephalus this lead to enlarged ventricles of the brain . It may occur due to inflammation or tumor .

Acquired hydrocephalus : Our aim is to study acquired hydrocephalus. It occurs after birth, It may be due to any injury, trauma, tumor, or vascular disease of brain. In this condition fluid accumulate in subarachnoid space or arachnoid granulations which lead to shrinkage of brain .

Circulation of Cerebrospinal Fluid (CSF) .



Aim of study: To ease patients and to treat them in better way and to find new way of implanting shunt system.

Material and method: This study is based on data of 30 patients who were admitted in Neurosurgery department of Samarkand State Medical University. The patients were observed in a time period of 2019-2021. Age of patients varies from 2 years to 75 years.

Results: The following data was made after dividing patients after distributing them according to cause of their Hydrocephalus.

1- Prejuveline Pidocephaly: It was occurred after severe head injury in 11 patients.

2- Tumor or vascular disease: It was seen in 9 patients.

3- Non tumor volumetric process: Observed in 5 patients.

4- Infection of brain: Hydrocephalus due to brain infection was seen in 2 patients.

5- Arnold chiari malformation: It was present in 3 patients.

Clinical manifestations: Given signs and symptoms were observed in patients of Hydrocephalus.

- In 12 patients there was Horizontal Nystagmus(condition in which eyes make uncontrolled movement). This involuntary movement can occur due to circulation problem.
- In 2 patients there observed Stupor state of disturbance of consciousness.
- In all other patients we found following clinical manifestations:
 - Headache.
 - Dizziness.
 - Vomiting.
 - Impaired condition in statics.
 - Paresis of extremities.

Under observation there were 21 patients admitted in Neurosurgery Department of Samarkand State Medical University.

Diagnostic methods: The diagnosis of Acquired Hydrocephalus was established using computed tomography and magnetic resonance imaging (CT,MRI). The diagnostic value of MRI was much higher than that of CT. MRI will make it possible to determine not only the location of tumor, hydrocephalus but also the relation between accumulation of fluid and its cause. In turn CT of brain is more useful in diagnosis after traumatic brain injuries, vascular diseases and inflammatory processes. So in our study we recommend mostly MRI due to its increased rate of efficiency.

- 28 patients were diagnosed hydrocephalus by MRI(contrast/without contrast).
- 9 patients were diagnosed with hydrocephalus by CT.

Treatment: Treatment of hydrocephalus can be done in many ways. currently 5 methods are known which are as follows:

- Ventricular-Peritoneal Shunt system.
- Ventricular-Pericardial Shunt system.
- Lumbar-peritoneal .
- Endoscopic method.
- By medications.

Hydrocephalus is commonly treated with the help of Ventricular-Peritoneal Shunt system. This is a surgical method in which we insert Catheter in the ventricles of brain and other end of catheter is placed in abdominal cavity. system works as a pump, when there will be increase pressure of CSF in brain it will drain the excess Cerebrospinal Fluid in abdominal cavity from where it can be easily drained out.

Conclusion: Our purpose of study is to find the important causes of Acquired Hydrocephalus and to evaluate the best possible treatment with less complications. In all the patients who were treated by surgery we implanted Ventricular-Peritoneal Shunt System. But our future aim is to do Ventricular-Pericardial Shunt system. For now this procedure has a lot of complications and negative results because heart is one of the most important organ of our body.

**CARDIAC ARRHYTHMIAS AND ELECTRICAL INSTABILITY OF THE
MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE**

*Rakhimov H.H.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) currently occupies one of the leading places among all causes of death in industrialized countries. It should be noted that over the past decade, mortality from all diseases has decreased by 22%, from cardiovascular diseases has decreased by 23%, and mortality from COPD has increased by 28%. According to official medical statistics, the number of COPD patients in Russia is 1 million people. According to the Institute of Pulmonology, their number increases annually by 5-7%

The purpose of the study. To study the nature of cardiac arrhythmias and the state of indicators of electrical instability of the myocardium in patients with COPD.

Material and methods of research.. 179 people were included in the survey. The main group consisted of 65 patients with COPD. Of these, 40 are men and 25 are women. The average age of patients was 47.1 ± 1.5 g. The control group included 35 practically healthy people without diseases of the respiratory and cardiovascular systems (23 men and 12 women, whose average age was 42.4 ± 2.8 years). In patients with COPD, the examination was carried out in the first 2 days from the moment of admission to the hospital.

The results of the study. The group of COPD patients is characterized by a higher frequency of detection of supraventricular and ventricular arrhythmias and their average daily number compared to the control group. The increase in the severity of COPD is also accompanied by an increase in both the average daily number and frequency of detected cardiac arrhythmias.

Significant differences in the variance of uncorrected and corrected QT and JT intervals in COPD patients compared with the control group were revealed.

COPD patients are characterized by a deterioration in heart rate variability, which is manifested by a decrease in time parameters (SDNN and RMSSD), a decrease in power in the high frequency region (LF) compared with the control group. An increase in the degree of obstruction is accompanied by a decrease in heart rate variability, which indicates a deterioration in the processes of regulation of heart rhythm.

In patients with COPD, a violation of depolarization processes was found, manifested by a change in the indicators of ECG: the duration of QRSf and LAS40 in the group of patients with COPD is longer, and the value of RMS40 is significantly less compared to the control group.

The number of local peaks of spectral-temporal maps of the ventricular complex in COPD patients is significantly higher compared to the control group. With an increase in the severity of COPD, there is an increase in local peaks, mainly high-frequency, located in the terminal part of the ventricular complex.

Significant correlative relationships were noted between the frequency of paired and group supraventricular and ventricular extrasystoles and echocardiographic parameters, spirometry parameters, ECG, HRV: with an increase in the thickness of the posterior LV wall, the frequency of detection of single ventricular and paired ventricular extrasystoles increases; the frequency of atrial single extrasystoles correlates with local peaks of low and high frequency in the initial part of the atrial complex; with an increase in the variance of both the corrected and uncorrected QT intervals correlates with the frequency of occurrence of single RE.

Conclusion. Patients with COPD have changes in the IC of the ventricular complex, which reflect the 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 of the heart.

METABOLIC SYNDROME AND CARDIOVASCULAR DISORDERS IN GOUT

Rakhimov H.H.
Andijan State Medical Institute

Relevance. The relevance of the work is due to a number of factors, the first of which was the analysis of 100 medical histories of patients with gout who were hospitalized at the Institute of Rheumatology in 2000, conducted by V.A.Nasonova, according to the results of which it became clear that on average the diagnosis of gout is made for the 8th year of the disease.

Thus, the emergence of new data on metabolic syndrome, insulin resistance, the atherogenic nature of inflammation, and finally, the development of new methodological approaches to the diagnosis of these conditions, as well as various prognostic scales, make it necessary to study those in gout. Along with this, new data on gout itself, listed by us, force us to develop methods for assessing the patient's condition for conducting scientific research, to revise the course of the disease.

The purpose of the study. To study the metabolic syndrome and cardiovascular disorders in gout and assess their significance for the course of the disease using the developed assessment system, including the gout severity index.

Materials and methods of research. The study included 86 patients. Group 1 consisted of 56 patients with primary chronic gout, diagnosed based on the classification criteria of S. WaUase et al., and MS; group 2 consisted of 30 patients with MS without gout and other immuno-inflammatory process.

The results of the study. Metabolic syndrome and cardiovascular disorders associated with atherosclerosis are frequent concomitant conditions in patients with gout, their diagnostic search should be carried out by a rheumatologist in patients with gout for a comprehensive assessment of the disease and the appointment of differentiated therapy.

Metabolic syndrome and insulin resistance are unfavorable factors contributing to the severity of hyperuricemia and severe gout, manifested in greater severity of joint damage and chronic arthritis.

In patients with gout and type 2 diabetes mellitus, hyperinsulinemia leads to a more severe violation of urate metabolism. In patients with gout and type 2 diabetes mellitus, additional monitoring of insulin levels and the NOME index is required.

Metformin therapy in patients with gout and insulin resistance leads to a decrease in the severity of insulin resistance and hyperuricemia, which helps to reduce the severity of gouty arthritis. A significant improvement in the course of gout under the influence of one-year metformin therapy confirms the contribution of insulin resistance in the formation of the severity of the disease.

Patients with gout are characterized by an increased risk of developing cardiovascular diseases. The most common risk factors regardless of age are obesity and dyslipidemia, and in elderly patients arterial hypertension. Hypertension and obesity often precede the development of gout.

In patients with gout, subclinical inflammation occurs during the intercalary period, as evidenced by an increase in the concentration of CRP determined using a highly sensitive method. The concentration of CRP in this period correlates with markers of chronic gout (duration of arthritis and tofuses).

An increase in the concentration of CRP, determined using a highly sensitive method, is associated with metabolic syndrome and its components (visceral obesity, dyslipidemia,

arterial hypertension). An increase in the concentration of CRP can be considered as an additional factor of cardiovascular risk.

8. Excessive alcohol intake is associated with higher uric acid levels, obesity, dyslipidemia and the presence of chronic arthritis. In patients with gout, a comprehensive assessment of alcohol dependence should be applied.

Conclusion. A system for assessing the course of gout has been developed, based on the principle of distinguishing the predominant clinical complexes. This gradation is aimed at developing unified approaches to diagnosis by practitioners, achieving uniform unified criteria in determining the stage of the disease, as well as for developing indications for differentiated therapy of gout.

BOLALARDA ENDODONTIK TEXNIKANING XUSUSIYATLARI

*Rasulova M. M., Abdurashidov U.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbliigi. Vaqtinchalik tishlarning ildiz kanallarini endodontik davolash asosan ildizni barqarorlashtirish bosqichida doimiy ravishda kamroq ishlab chiqariladi. Endodontik davolashning barcha bosqichlarida vaqtinchalik tishlarning anatomofizyologik xususiyatlariga e'tibor berish kerak. Klinik diagnostika bosqichida vaqtinchalik tishlardagi pulpit va periodontitlarning xususiyatlari va ularning differentsial diagnostikasi, shakllanmagan yoki so'rilmaydigan ildizlar bilan elektrodontometriyaning normal ko'rsatkichlari, bolaning standart namunalar va usullarga javob berishning mumkin emasligi hisobga olinishi kerak.

Ayniqsa, tibbiy taktikani optimal tanlashga ehtiyotkorlik bilan yondashish kerak. Anesteziya bolaning yoshini hisobga olgan holda va bolalarda behushlik uchun zarur shart-sharoitlarni hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak.

Tish bo'shlig'ini ochganda, qattiq to'qimalarning kichik qalinligi va zichligi, shuningdek, doimiy tishlarga nisbatan pulpa bo'shlig'i bilan vaqtinchalik tishlarga nisbatan katta nisbiy hajmini yodda tutish kerak.

Vaqtinchalik tishlarning ildiz kanallarining anatomiyasining katta o'zgaruvchanligi, molarlardagi ildizlarning sezilarli farqlanishi haqida eslash kerak. Tishning ish uzunligini aniqlashda topografik-anatomik xususiyatlarni hisobga olish kerak, chunki vaqtinchalik tish kanalining instrumental ishlashi rentgenologik tepadan 1-2 mm dan oshmasligi kerak.

Tadqiqotning maqsadi. Endodontik davolanishni optimallashtirish va tibbiy xatolar va salbiy oqibatlarining oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish orqali bolalarda vaqtinchalik tishlarning kariesini davolash sifatini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Bizning oldimizda turgan vazifalarni bajarish uchun biz tekshirish uchun bolalar stomatologiyasida tish ildizlarini rivojlantirgan tishlarni endodontik davolash kerak bo'lgan jami 55 bolalarni tanladik

Tadqiqot natijalari. Tibbiy yozuvlarni tahlil qilish ko'ra, 22 marta pulpit kasaliga bilan vaqtinchalik tishlari diagnostik aralashuvlar hajmi, va periodontit kasaliga bilan - 16 marta, o'z navbatida, 30,6% va 29,7% hollarda uzoq vaqt asoratlarni sabab dental kasalliklar chalingan bolalar protokoli bilan solishtirganda kam.

Bolalarda vaqtinchalik tishlarning kariesini asoratlarni davolash bo'yicha takomillashtirilgan protokolni joriy etish pulpitni davolashda 1,76 marta va periodontitni davolashda 5,42 marta endodontik davolanish sifatini oshirdi. Shu bilan birga, periodontitni davolashda IV pulpitini davolashda asoratlar ehtimoli 3 marta kamaydi. Uzoq vaqt davomida endodontik davolanish sifatini miqdoriy baholash uchun tavsiya etilgan mezonlar har bir klinik vaziyatda tibbiy taktikani aniqlashga imkon beradi.

Uzoq vaqt davomida taqqoslash guruhida bolalarda vaqtinchalik tishlarning kariesini davolash sifatini tahlil qilish quyidagilarni aniqladi: tish bo'shlig'ining to'liq ochilishi - 5,9%, ildiz kanallarining past sifatli obstruktsiyasi-31,2%, tish bo'shlig'ining pastki teshilishi-1%,

apikal foramen uchun plomba moddasini olib tashlash-17,8%, ildiz kanalining notekis obturatsiyasi -12,7%, 56,3% diagnostik bosqichida va 76,3% endodontik davolash sifatini nazorat qilish bosqichida x-ray nazorat qilish. Taqqoslash guruhidagi xatolar soni tadqiqot guruhiga nisbatan 21 marta yuqori.

Ijtimoiy tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bolalar uchun stomatologik yordam 35,9% bolalar stomatologlari tomonidan taqdim etilgan, ularning 11,8% bolalar stomatologiyasi bo'yicha sertifikatga ega emas; tish shifokorlarining 64,7% so'nggi besh yil ichida malaka oshirish davrlarida o'qishni tugatgan. Tish shifokorlari va ota-onalarning fikriga ko'ra, endodontik davolanish sifatini kamaytirishning asosiy sabablari quyidagilardan iborat: mutaxassislarining malakasi etarli emas-har bir ikkinchi tish shifokori, bolalik psixologiyasi bo'yicha bilim etishmasligi, terapevtik va diagnostika choralari to'liq amalga oshirish.

Zamonaviy sharoitlarda bolalardagi karies asoratlarini davolashda vaqtinchalik tishlarni endodontik davolashga metodik yondashuvlarni standartlashtirishdan iborat endodontik bosqichni optimallashtirish bo'yicha chora-tadbirlar ustuvor xususiyatga ega bo'ladi; klinik ma'lumotlarga, bolaning yoshi va psixo-emotsional maqomini hisobga olgan holda qo'shimcha tekshirish usullari natijalariga, shuningdek, ildizlarning shakllanishi va emirilish darajasiga qarab asosli davolash usulini tanlash; har olti oyda bir marta rentgen tekshiruv bilan, shuningdek, maktabgacha va maktab bolalar muassasalarida profilaktik tadbirlarni amalga oshirishda karies asoratlari bo'yicha davolangan vaqtinchalik tishlarni majburiy dispanser kuzatuvini joriy etish.

Xulosa. Endodontik davolanish sifatini standartlashtirilgan miqdoriy baholash tizimi terapevtik aralashuv chegaralarini aniqlash va ushbu turdagi stomatologik xizmat sifatini nazorat qilish uchun bolalar stomatologiya klinikalarida foydalanish uchun tavsiya etiladi.

Bolalarda vaqtinchalik tishlarni endodontik davolashni optimallashtirish bo'yicha tavsiya etilgan chora-tadbirlar bolalarning tish shifokori amaliyotida tibbiy xatolar va noqulay natijalar sonini kamaytirishga yordam beradi.

SUT TISHLARI KARIESINING OLDINI OLIHDA KUMUSHNING AHAMIYATI

*Rasulova M. M., Abdurashidov U.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbli. Stomatologiyada bu kariesning oldini olish va to'xtatish uchun ishlatiladigan kumush eritmasining faol moddasi dezinfektsiyalovchi sifatida kumush nitrat tibbiy foydalanish antibiotiklar kashf bilan yordamchi bo'ldi-da, karies davolashda uning foydalanish, shuningdek, yomon oldini olish Florid yordamida kamaydi. O'shandan beri Florid agentlari, ayniqsa natriy Florid, kariesning oldini olishda mashhurlikka erishdi. Biroq, karies-bu emal va dentinni demineralizatsiya qiladigan kariesogen bakteriyalar sabab bo'lgan infeksiya. Karies rivojlanishi va pulpa infeksiyasiga olib kelishi mumkin, ammo uning rivojlanishi remineralizatsiya orqali to'xtatilishi mumkin. Natriy Florid remineralizatsiyaga yordam beradi va kumush nitrat chuqur antimikrobiyal ta'sirga ega.

Tadqiqotning maqsadi. Bolalarda tishlarni kumushlash usulini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Vazifani bajarish uchun biz bolalar stomatologiyasiga murojaat qilgan 20 bolalarda jami sut tishlari kariesining oldini olishda profildagi Kumushning ahamiyatini aniqlash uchun tekshiruvlar o'tkazdik

Tadqiqot natijalari. Gümüş, kumush nitrat asosida dori foydalanishni o'z ichiga olgan sut tishlari emal ichidagi karies davolash usuli hisoblanadi. Bu usul mamlakatimizda ko'p yillar davomida bolalarda kariesning oldini olish va davolash uchun keng qo'llanilmoqda. Yuqorida aytib o'tilganidek, ion shaklidagi kumush yaxshi bakteritsid, antiviral, antifungal va antiseptik ta'sirga ega va patogen mikroorganizmlarga qarshi yuqori samarali dezinfeksiya vositasi sifatida xizmat qiladi. Kumush ionlari tezda mikrobial hujayra ichiga kirib, hujayra membranasining funksiyasini buzadi va mikroorganizmlarning o'limiga olib keladigan

ko'plab bakterial fermentlarni bloklaydi. Shuning uchun yuqori antiseptik faollik va Kumushning kuchli bakteritsid ta'siri stomatologiyada katta qiziqish uyg'otadi.

Hozirgi vaqtda sut tishlarini kumushlash uchun nafaqat kumush, balki emalni mustahkamlashga yordam beradigan ftorni ham o'z ichiga olgan xavfsiz preparatlar qo'llaniladi. Bunday dorilar orasida Yaponiyadagi "Saforide" preparati (Kuraray dental, Yaponiya) va uning mahalliy analoglari - "Argenat"ning bir qismi. "Safiride" - kariyerlarni davolash va oldini olish uchun preparat, kumush ftorid diamin asosida ishlab chiqariladi. $Ag(NH_3)_2F$ kimyoviy formulasiga ega, bu preparat kumush nitrat va ftoridlarning afzalliklarini birlashtiradi, bu esa kumush nitratdan ko'ra samaraliroq.

Preparat sulfhidril va karboksil guruhlarini bog'laydi, bu oqsil strukturasi konformatsiyasini o'zgartirishga yoki denaturatsiyaga olib keladi. Kumush nitrat parchalanganda, kumush ionlari bakteritsid ta'sirga olib keladigan oqsillarni cho'ktirishga olib keladi. Kumush nitrat va to'qima oqsillarining o'zaro ta'siri natijasida kumush albuminat hosil bo'lib, asta-sekin qora rangga ega bo'ladi. Bu metall Kumushning tiklanishi bilan bog'liq.

Faol fermentlar bilan o'zaro aloqada mikroorganizmlarning hujayralarida metabolik jarayonlar bloklanadi va buziladi. "Saforide" va gidroksiapatit preparatining o'zaro ta'siri natijasida kimyoviy reaksiya paydo bo'ladi: $Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2 + Ag(NH_3)_2F \rightarrow Ag_3PO_4 + CaF_2 + (NH_4)^+ (OH)^-$.

Shunday qilib, "Saforide" preparati bakteritsid va antiferment ta'siriga ega, blyashka hosil bo'lishini sekinlashtiradi, minerallarning yo'q qilinishini oldini oladi, dentin tubulalarini okluziyon va kalsifikatsiyaga yordam beradi

Xulosa. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kariesni to'xtatish uchun kumush nitrat eritmasini, so'ngra natriy Florid lakini birgalikda qo'llash mumkin. Davolash protokoli oddiy, invaziv bo'lmagan, og'riqsiz va arzon. Bu yosh bolalar, qariyalar va maxsus ehtiyojga ega bo'lgan odamlarda kariesni davolash uchun istiqbolli strategiya bo'lishi mumkin.

Adabiyotda ushbu davolanish bo'yicha cheklangan tadqiqotlar mavjud bo'lganligi sababli, natriy floridli lak bilan birgalikda kumush nitrat eritmasidan foydalanishning yanada ishonchli dalillarini ta'minlash uchun ko'proq randomizatsiyalangan klinik sinovlar o'tkazilishi kerak.

OILAVIY POLIKLINIKADA ARTERIAL GIPERTONIYA KASALLIGINI PEN PROTOKOLLARI ASOSIDA OLIB BORISH

Raximova X.M.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston

Mavzuning dolzarbligi: Yurak-qon tomir kasalliklari (arterial gipertoniya), onkologik kasalliklar, o'pkaning surunkali respirator kasalliklari, qandli diabet va boshqa yuqumsiz (noinfektsion) kasalliklar butun dunyo bo'yicha kasallanish va o'lim holatlarining asosiy sababchisi hisoblanadi. JSSTning ma'lumotlariga ko'ra, har yili butun dunyoda taxminan 57 mln. inson vafot etadi, ulardan 36 mln. (63%) atrofida o'lim holatlari yuqumsiz kasalliklarga to'g'ri keladi. Taxminan 14 mln. odam 70 yoshgacha yashamaydi, ya'ni barvaqt o'ladi. Shu bilan birga, JSSTning prognozlariga ko'ra, agar samarali chora-tadbirlar ko'rilmasa, dunyo bo'yicha yuqumsiz kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi og'ishmay o'sib boradi va 2030 yilda deyarli 75%ni tashkil qiladi. Arterial gipertoniya kasalligi barcha mutaxassislar faoliyatida uchrovcchi kasallik bulib, ayniqsa bu muammo umumiy amaliyot shifokorlari o'rtasida dolzarb masala bulib koladi, chunki bu bemorlar birinchi bo'lib ambulatoriyaga murojaat qiladi.

Maqsad: Poliklinika sharoitida arterial gipertoniya bilan kasallangan bemorlarni erta aniklash va JSST tomonidan tavsiya etilgan PEN (PIEH birlamchi tibbiy-sanitariya yordami uchun JSST tomonidan ishlab chiqilgan yuqumsiz kasallikliklar bo'yicha asosiy xizmatlar paketi) protokollari asosida oily borish.

Materiallar va metodlar: Samarqand shaxar 3-son oilaviy poliklinikasida 52ta bemor yoshi, jinsi va nishon organlarining shikastlanish darajasini xisobga olgan xolda JSST tomonidan tavsiya etilgan PEN protokollari (4 amal bo‘yicha) asosida olib borildi. Bemorlarga davolash tamoyillari davolash doimiy olib borilishi tushuntirildi va tushunganlik xaqidagi ma‘lumotlar so‘rovnoma asosida o‘rganildi.

Natijalar: Bemorlarga xayot tarzini o‘zgartiruvchi tadbirlar arterial gipertoniyaning bosqichiga ko‘ra 6 oydan 12 oygacha buyuriladi. Nomedikamentoz davolash dasturi dorilar bilan davolash davrida xam qo‘llanish zarurligi bemorlarga o‘qirildi. Bularga qo‘yidagilar kiradi: abdominal semizlikka chalingan bemorlar vaznini kamaytirish, osh tuzini kam istemol qilish, spirtli ichimliklar, tarkibida kofein tutuvchi maxsulotlarni istemol qilmaslik, engil jismoniy mashklar bajarish, xaftasiga 5 kun 30 minutdan piyoda yurish. So‘rovnoma natijalariga ko‘ra, davo chora-tadbirlari buyurilgan 52 bemordan (100%) dorilarni o‘z vaqtida ko‘rsatmasi asosida qabul kilganlar 22tani (42%), dori ichishni yoktirmaydiganlar 6tani (11%), dori ichishga o‘rganib kolaman deb uylaydigan bemorlar-10tani (19%), dorilarni fakat kon bosimi ko‘tarilganda ichadigan bemorlar 14tani (26) tashkil kildi.

Xulosa: Shunday kilib 56% xolatda arterial gipertoniya bilan davolash samarasining pastligi bemorlarning o‘zlariga bogliq ekan. Yukorida ko‘rsatilgan kamchiliklardan kelib chiqqan xolda vrachlar maklakasini xamda xamshiralar bilimini PEN klinik protokollari asosida uzliksiz oshirish va arterial gipertoniya bilan kasallangan bemorlarni erta aniklab, o‘z vaqtida davo muolajalarini tavsiya etish. Arterial gipertoniya bilan davolanayotgan bemorlar o‘rtasida tushuntirish ishlarini uzluksiz va samarali olib borishlari lozim.

COVID-19 AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF PRETERM LABOR

RAYIMJANOVA K.F., SHAVAZI R.N., SHAMSIYEVA N.F., Shavazi N.N.
Samarkand State Medical University

Objective: To improve the management of pregnant women with threatened preterm labor who have experienced Covid-19.

Materials and methods: To achieve the goal, we examined 62 pregnant women who were admitted about the threat and the onset of premature birth in 1 maternity complex in the city of Samarkand. The 62 pregnant women who applied were divided into 2 groups. Group I (n=30) included pregnant women with a diagnosis of threatened preterm labor, with a history of Covid-19, for the treatment of which they took acetylsalicylic acid at a dose of 200 mg. Group II included (n=32) pregnant women also diagnosed with threatened preterm birth, but who had no history of Covid-19. All surveyed pregnant women were vaccinated. The mean age of the examined women was 28 ± 3 years. The main inclusion criteria for the study were obstetric bleeding and gestational age up to 35 weeks. Exclusion criteria: the presence of a genetically determined pathology of the hemostasis system and extragenital pathology in the stage of decompensation.

All examined women underwent general clinical and laboratory research methods. The main research methods were the determination of the blood coagulation system and D-dimer.

The results of the study: Pregnant women admitted to the maternity complex made the main complaints of pulling pains in the lower abdomen (in the first group up to 98%, in the second group up to 89%) and spotting (up to 62% of cases were observed in the first group, in the second group - 29% of cases). The general coagulation system in the first group was impaired on average up to 69%, while in the second group - up to 47%. The results of the D-dimer analysis showed that in the first group D-dimer was increased on average (normal reference values: < 243 ng / ml; for pregnant women, normal levels of D-dimer levels are in the 1st trimester: < 286 ng / ml; in the 2nd trimester: < 457 ng / ml, in the 3rd trimester: < 644 ng / ml.) up to 1056 ng / ml (41%), while in the second group - up to 798 ng / ml (12%). Violation of the fetoplacental system after ultrasound examination was observed in the first

group in 53% of cases, in the second group - in 29% of cases. Violations of the amount of amniotic fluid (polyhydramnios or oligohydramnios) were observed in 43% in the first group and 32% in the second group. After the study, both groups were prescribed pregnancy-preserving therapy (nosh-pa 2 tablets 3 times a day, nifedipine 1 tablet 2 times a day, indomethacin suppositories rectally 1 time a day; antibiotic therapy, hormonal therapy and tranexamic acid according to indications). The first group was additionally prescribed acetylsalicylic acid at a dose of 150 mg. After 30 days of pregnancy-preserving therapy and taking acetylsalicylic acid at a dose of 150 mg, the analysis for the content of D-dimer was repeated. In the first group, the content of D-dimer averaged <986 ng/ml, which was informative for our study.

Conclusion: In addition to pregnancy-preserving therapy, it is reasonable to prescribe acetylsalicylic acid at a dose of 150 mg to pregnant women diagnosed with threatened preterm labor who have undergone Covid-19 to prevent thrombosis and the occurrence of complications for the mother and fetus.

QALQONSIMON BEZ VA REPRODUKTIV TIZIMNING FUNKTSIONAL SHAROITLARI VA GIPERPROLAKTINEMIYA KOMBINATSIYASI

Razakova Sh.T.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbligi. Obezlik bilan bog'liq kasalliklar ham bemorlar, ham sog'liqni saqlash tizimi uchun jiddiy muammo hisoblanadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (voz) XI asr epidemiyasi bilan semirishni tan oldi. JSSTning so'nggi hisob-kitoblariga ko'ra, sayyoradagi bir milliarddan ortiq odam ortiqcha vaznga ega. Prl suv-tuz almashinuvini tartibga solishda, immunitetga javob berishda ishtirok etadi, xatti-harakatlarga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Hiperprolaktinemiya klinik ko'rinishlari hipotiroidizm belgilari bilan o'xshashliklarga ega va bir patologik jarayon boshqa klinikani kuchaytirishi mumkin.

Hipotiroidizm va hiperprolaktin-MII bilan birgalikda qonning aterogen salohiyati oshadi (past zichlikli lipoprotein (LDL), triglitseridlar (tg) va yuqori zichlikli lipoprotein (HDL) darajasining pasayishi, umumiy xolesterin (xc) darajasida engil o'sish kuzatiladi), bu semirish, metabolik sindromning rivojlanishiga olib keladi.

Tadqiqotning maqsadi. Tiroid disfunktsiyasining fertil yoshdagi ayollarda reproduktiv tizimning holatiga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 18 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan 168 nafar ayol (o'rtacha yoshi $28,4 \pm 0,4$ yil) jinsiy funktsiya buzilgan holda tekshirildi. Qalqonsimon bezning turli tarkibiy o'zgarishlari fonida eutiroid holat — ularning 152 (90,5%) da ba'zi morfofunktsional o'zgarishlar, qolgan 16 (9,5%) mavjud edi. Nazorat guruhi 20 deyarli sog'lom ayollarni tashkil etdi.

Natijalar va munozaralar. Barcha aniqlangan o'zgarishlar quyidagi ko'rsatkichlar bo'yicha taqsimlandi: norma(qalqonsimon bez hajmi 10-18 sm³, nodal hosilalarning yo'qligi), gipoplaziya(3,0 sm³ dan kam hajmning kamayishi), giperplaziya(20,0 sm³ dan ortiq hajmning oshishi), nodal tuzilishlarning mavjudligi (diametri 2 mm dan 20 mm gacha), hajmning kombinatsiyalangan o'zgarishi mato va tugun shakllanishi mavjudligi.

Hipoprolaktinemiya quyidagi ko'rsatkichlar aniqlandi: reproduktiv yoshdagi ayollarning 75 (87,2%), 37(72,5%) da 40 yoshdan katta ayollarda, erkaklarda 20 (83,33%); tiroid hipoplazisi — reproduktiv yoshdagi ayollarda 1 (1,16%), 7 (13,73%) ayollarda yoshi-40 yoshdan katta bo'lganlar, 4 (16,67%) erkaklarda; nodal shakllanishlar mavjudligi — reproduktiv yoshdagi 9 (10,4%) ayollarda, 4 (7,83%) da 40 yoshdan katta ayollarda; 1 (1,16%) reproduktiv yoshdagi ayollarda, 3 (5,88%) 40 yoshdan katta ayollar.

Normoprolaktinemiya quyidagi ko'rsatkichlar aniqlandi: reproduktiv yoshdagi ayollar 667 (75,37%), 121 (74,23%) da 40 yoshdan katta bo'lgan ayollar, 55 (77,46%) erkaklarda;

nodal shakllanishlarning mavjudligi-reproduktiv yoshdagi ayollar uchun 116 (13,11%), 19 (11,66%) ayollarda 40 yoshdan oshgan, 7 (9,86%) erkaklarda; 102 (11,53%) reproduktiv yoshdagi ayollarda, 23 (14,11%) ayollarda 40 yoshdan katta bo'lgan ayollarda, 9 (12,68%) erkaklarda.

Giperprolaktinemiya quyidagilar aniqlandi: reproduktiv yoshdagi ayollar 95 (74,8%), 23 (57,5%) da 40 yoshdan katta ayollar, 10 (100%) erkaklarda; tiroid giperplaziyasi-reproduktiv yoshdagi 28 (22,05%) ayollarda, 17 (42,5%) ayollarda 40 yoshdan katta; reproduktiv yoshdagi 4 (10,4%) ayollarda tugun shakllanishi mavjudligi.

Xulosa. Shunday qilib, hiperprolaktinemiya bilan tiroid hiperplazisi bemorlarning taxminan 40% da aniqlandi va hipoprolaktinemiya bilan tiroid hipoplazisi 15% hollarda ko'p bo'lmagan.

YOD TANQISLIGI SHAROITIDA AYOLLARDA QALQONSIMON BEZ VA REPRODUKTIV TIZIMNING FUNKTSIONAL HOLATLARINING O'ZARO BOG'LIQLIGI

*Razakova Sh.T.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbligi. Qalqonsimon bez va reproduktiv tizim yaqin aloqada. Bu, birinchi navbatda, tartibga solishning umumiy Markaziy mexanizmlari mavjudligi bilan bog'liq. Ushbu munosabatlarning isboti homiladorlik va laktatsiya davrida qalqonsimon bezning funktsiyasi, bachadondan qon ketish, shuningdek, balog'at yoshidagi qizlar va hayz davrida ayollarda o'zgarishdir.

O'z navbatida, qalqonsimon funktsiyasi buzilishi erta yoki kech balog'atga, hayz tsikli (NMC), anovulyon, bepushtlik, homiladorlik va boshqalar etishmovchiligi sabab bo'lishi mumkin. reproduktiv tizimining to'liq rivojlanishi gonadotropik gipofiz gormonlar va qalqonsimon bez normal faoliyat ta'siri ostida sodir bo'ladi. Gonadlarning etarlicha yuqori faolligini saqlab qolish uchun tegishli metabolizm darajasi talab qilinadi, bu faqat tanada ma'lum bir tiroid gormonlari konsentratsiyasi mavjud bo'lganda erishish mumkin.

Tadqiqotning maqsadi. Tiroid disfunktsiyasining fertil yoshdagi ayollarda reproduktiv tizimning holatiga ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 18 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan 168 nafar ayol (o'rtacha yoshi $28,4 \pm 0,4$ yil) jinsiy funktsiya buzilgan holda tekshirildi. Qalqonsimon bezning turli tarkibiy o'zgarishlari fonida eutiroid holat — ularning 152 (90,5%) da ba'zi morfofunktsional o'zgarishlar, qolgan 16 (9,5%) mavjud edi. Nazorat guruhi 20 deyarli sog'lom ayollarni tashkil etdi.

Natijalar va munozaralar. Qalqonsimon bezning tuzilishi va darajasiga qarab tekshirilayotgan ayollar quyidagi guruhlariga bo'lingan: 1-darajali goiter-92 (54,7%) ayollar, 2 — daraja — 41 (24,4%), aralash goiter-7 (4,2%), nodal goiter-2 (1,2%), gipoplaziya tiroid bezi — 6 (3,6%), otoimmun tiroidit-4 (2,4%). Tiroid bezining funktsional holatiga qarab, ayollar quyidagi tarzda tarqatildi: eutiroidoz — 64 (38,1%), manifest hipotiroidizm — y 21 (12,5%), subklinik hipotiroidizm — y 65 (38,7%), tirotoksikoz — y 2 (1,2%). Qalqonsimon bezning o'sish darajasi JSST (1994) tasnifi, funktsional holati — I.I. Dedov va boshqalar (2000) bo'yicha aniqlandi.

Reproduktiv tizim buzilgan ayollar orasida qalqonsimon bezning hipofonksiyonu 51,1% da qayd etildi. Shu bilan birga, tekshirilayotgan ayollar NMC turiga va bepushtlik mavjudligiga qarab guruhlangan: NMC 41 (24,4%) ayollarda, asosiy bepushtlik — 81 (48,2%), ikkinchi darajali bepushtlik — 46 (27,4%) da qayd etildi. 1 (2,4%), oligomenoreya — y 7 (17,1%), — — 19 (46,3%), opsomenoreya — y 13 (31,8%), polimenoreya-y 1 (2,4%) MMC asosiy amenoreya bilan guruhda ayollar, o'rta amenoreya aniqlandi.

Subklinik va manifest hipotiroidizmga ega bo'lgan ayollar guruhida nazorat guruhiga nisbatan T3, T4 ($p<0,001$) darajasida sezilarli pasayish va manifest hipotiroidizm ($p<0,05$) guruhida TSH darajasining sezilarli darajada oshishi kuzatildi. Bundan tashqari, tiroid gormonlari darajasida eng sezilarli pasayish manifest hipotiroidizm bilan guruhda qayd etiladi. Ushbu guruhlarda estradiol ($p<0,001$) darajasida sezilarli pasayish, nazorat guruhiga nisbatan kortizol ($p<0,05$) darajasining oshishi aniqlandi. Barcha tekshirilayotgan guruhlarda prl darajasi sezilarli darajada oshdi.

Bizning tadqiqotlarimizda estradiol va T3 ning nisbatan past miqdori ilmiy manbalar ma'lumotlari bilan tushuntirilishi mumkin, ya'ni. hipostrogenemiya sharoitida qalqonsimon bezning hipofunksiyasi yoki aksincha. Jinsiy gormonlarning qalqonsimon bezga ta'siri haqidagi ma'lumotlarning ziddiyatli xususiyatiga qaramasdan, ko'pchilik tadqiqotchilar, estrogenlarning qalqonsimon bezga ogohlantiruvchi ta'sirga ega ekanligiga ishonishadi. Progesteronning tiroid funksiyasiga ta'siri haqida gap ketganda, barcha tadqiqotchilar uning inhibitiv ta'sirini tan olishadi.

Tuxumdonda TSH va T3 retseptorlari mavjudligi aniqlandi, bu tiroid disfunktsiyasining steroidogenez, ovulyatsiya, sariq tananing funksiyasiga bevosita ta'sir qilish imkoniyatini belgilaydi.

Xulosa. Shunday qilib, reproduktiv salomatlikning qalqonsimon bez holatiga nisbatan yuqori korrelyatsion bog'liqligi mavjud, bu ayniqsa yod tanqisligi sharoitida kuzatiladi va biz olgan natijalar bilan tasdiqlanadi.

TREATMENT OF UNSTABLE ANGINA WITH METABOLIC DISORDERS

*Rohibzhonov A.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. In all forms of coronary artery disease, myocardial ischemia occurs due to an imbalance between oxygen delivery and the myocardial need for it, which in the case of stable angina is caused by a restriction of coronary blood flow due to critical coronary stenosis. It has long been established that vasodilating and vasoconstrictor stimuli can significantly change the state of coronary artery tone, “introducing” additional dynamic stenosis to the already existing fixed one. However, only relatively recently it became known that the endothelium plays a decisive role in this process as a regulator of vascular tone, and its dysfunction is the initial stage of the development of the atherosclerotic process, even before the appearance of atheroma.

The purpose of the study: to study the pkti of correction of unstable angina with metabolic disorders

Materials and methods of research. To solve these tasks, we examined 35 patients diagnosed with coronary heart disease.

The results of the study. In the preliminary analysis, the output anthropometric (body weight, body mass index, waist and hip volume) and hemodynamic (systolic and diastolic blood pressure, heart rate, pulse) data in the group before and after treatment did not significantly differ ($P>0.05$). Based on this, it can be argued that the effect of the studied method of drug therapy was realized against an identical background.

We conducted a study of the effect of this course of treatment in the examined patients on the morpho-functional parameters of the left ventricle (LV) of the heart. Thus, in the study group of patients, there was a decrease in the final diastolic volume (CDW) of LV by 8.9%, and the final systolic volume (CSR) by 20.43%, which led to an increase in the ejection fraction (EF) by 8.7%. At the same time, the LV size decreased by 8.04%, the thickness of the posterior wall (TCS) of the LV by 9.7%, the LV VTS - by 17.14%, there was a tendency to decrease the thickness of the interventricular septum (TMJ), which led to a decrease in the myocardial mass index (IMM) of the LV by 11.2%.

Thus, pharmacodynamic effects complex treatment is manifested mainly in the restoration of LV contractile function, namely, in a decrease in CSR and BWF, as well as an increase in LV LV.

The examination data of patients before and after treatment indicate a positive effect of drug therapy on lipocytokine parameters.

Conclusion. The analysis of the therapeutic effectiveness of the proposed combination therapy showed that there is a distinct therapeutic effect in terms of reducing the degree of myocardial remodeling, normalization of atherogenic lipid profile disorders, as well as neutralization of metabolic disorders.

SIGNIFICANCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY

*Ruziboev U.U, Ismoilov U.I., Abdumalikova F.B.
Tashkent Medical Academy*

Ischemic cardiomyopathy (ICMP) is a secondary cardiomyopathy caused by a complex of diffuse morphological and functional disorders that develop as a result of chronic and episodes of acute myocardial ischemia, the main manifestations of which are dilatation of the heart chambers and the symptom complex of chronic heart failure (CHF). Ischemic cardiomyopathy is a common phenomenon, and it is increasing worldwide due to the fact that risk factors (RFs) for cardiovascular diseases, in particular coronary heart disease (CHD), are becoming more common (G. Mattsson, 2018). Estimation of the value of RF of ICMP formation in the process of post-infarction remodeling is extremely important for early diagnosis of ICMP, prediction and search for possible approaches to active management of ICMP course in patients with CAD after acute myocardial infarction (AMI).

Purpose of the study: To assess the significance of the main modifiable cardiovascular risk factors in the formation of ICMP in patients with coronary artery disease after AMI.

Materials and methods of research: The study included 88 male patients aged 44-58 (51.1 ± 0.94) hospitalized in the 1st Cardiology Department of the Tashkent Medical Academy. The inclusion criteria were: A verified diagnosis of CHD, stable exertional angina (SHF) of FC III with postinfarction cardiosclerosis (PICS) in the presence of risk factors such as smoking, arterial hypertension (AH), stress, dyslipidemia, obesity, weakness, and alcohol intake. Patients were divided into 2 groups depending on the presence of ICMP: the main (1) group - 42 patients with CAD diagnosed with ICMP, the comparative (2) group - 46 patients with CAD without developing ICMP. All of them underwent questionnaires, general clinical, laboratory and instrumental studies. At the time of inclusion in the study, there were no statistically significant differences between the formed groups in age, gender, severity of CHF and degree of arterial hypertension (AH), duration and severity of manifestations of previous CAD and the frequency of concomitant diseases.

Results of the study: A comparative assessment was made of the incidence of CVD modifiable risk factors such as smoking, obesity, sedentary lifestyle, hypertension, stress in patients with coronary artery disease, depending on the presence of ICMP. Thus, smokers were 2 times more common among CHF patients with ICMP in 31.3% of cases versus 14.8% in the comparison group ($p < 0.01$). Physical activity in patients without ICMP was higher by 8% compared to the main group, but was not significant. In addition, the average BMI values did not differ among the main and compared groups, which amounted to 32.8 ± 1.14 and 30.1 ± 1.00 kg/m², respectively. Whereas, the degree of obesity in patients with CHF with ICMP tended to increase with a predominance of grade 2 by 1.7 times ($p < 0.05$) and grade 3 by 2.6 times ($p < 0.01$) in relation to the comparison group. According to the results of the assessment of the degree of AH at the time of examination in patients with CHF, grade 3 AH was significantly more often recorded in 23 (47.9%) patients with ICMP, as well as 1 and 2 degrees of AH in patients with CHF without ICMP in 35.2% and 37% of cases, respectively.

Several psychosocial factors are independent risk factors for CVD, adverse outcomes, and CVD death. These include stress (at work and in family life). Thus, in patients of both the main and comparison groups, the level of stress according to the Reader test was in the range of average values, 2.3 ± 0.15 and 2.7 ± 0.15 points, respectively, and was not characterized by a significant difference between the groups.

Conclusion: Thus, the results of the analysis of the prevalence of cardiovascular risk factors showed that the development of secondary ischemic cardiomyopathy in patients with coronary artery disease in the postinfarction period is often associated with smoking (31.3%), a high degree of hypertension (47.9%) and obesity (14.6%), but not associated with stress and low physical activity.

COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA O'SMIRLARNING SALOMATLIK HOLATINING GIGIYENIK AHAMIYATI.

*Salomova F.I., Xakimova D.S., Ashurboyev F.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston*

Annotatsiya. Ushbu ilmiy maqolada Covid-19 pandemiyasi davrida maktab o'quvchilarining kun tartibi o'rganilib, gigiyenik tahlil qilindi. Tadqiqotga Toshkent viloyati Angren shahri 18-umumiy o'rta ta'lim maktabining 8-11 sinflarda ta'lim olayotgan jami 203 nafar 14-18 yoshdagi bolalar va o'smirlar jalb qilindi.

Kalit so'zlar. Salomatlik holati, jismoniy rivojlanish, kun tartibi, bolalar va o'smirlar, an'anaviy ta'lim, masofaviy ta'lim.

Abstract. In this scientific article, the agenda of schoolchildren during the Covid-19 pandemic was studied and hygienic analysis was carried out. A total of 203 children and adolescents aged 14-18 studying in 8-11 classes of the General Secondary School of the city of Angren of Tashkent region were involved in the study.

Keywords. Health status, physical development, daily routine, children and adolescents, traditional education, distance learning.

So'nggi yillarda Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining Yevropa mintaqasidagi bolalar va yoshlarning aqliy salomatligi birinchi bo'lib Covid-19 pandemiyasi ta'siri ostida o'zgarishlarga uchradi. 2020 yilning 30 yanvarida Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ushbu epidemiyani xalqaro ahamiyatga ega bo'lgan sog'liqni saqlash sohasidagi favqulodda holat, 11 martda esa pandemiya deb e'lon qildi. Pandemiya davrida maktablarni yopish va karantin sharoitida bolalar tengdoshlari bilan aloqa bo'lmasdan, o'sishda davom etishdi[1].

Tadqiqotning maqsadi, ob'ekti va usullari. Pandemiya davrida maktab o'quvchilarining kun tartibi hamda salomatlik holatiga gigiyenik baho berish. Tadqiqotga Toshkent viloyati Angren shahri 18-umumiy o'rta ta'lim maktabining 8-sinfdan 11-sinfgacha ya'ni, 14 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan jami 203 nafar o'quvchilardan 87 nafar o'g'il bolalar (O'B) va 116 nafar qiz bolalar (QB) jalb qilindi va anketa so'rovnomalari o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Maktab o'quvchilarining pandemiya davrida kun tartibiga baho berishda anketa so'rovnoma o'tkazildi. So'rovnomada "Jismoniy tarbiya mashqlarini kunning qaysi qismida shug'illanasiz?" degan savolga o'quvchilarning 59,6% i tongda, 15,6% i kun o'rtasida va 24,8% i kun oxirida bajarishlari aniqlandi. Bundan ko'rinib turibdiki, pandemiya davrida o'quvchilar maktabga bormaganliklari hisobiga, ular jismoniy tarbiya mashqlarini tongda shoshilmasdan, o'z vaqtida bajarganliklarini ko'rsatdi.

Tadqiqotimizning navbatdagi bosqichida biz o'quvchilarning karantin davrida ovqatlanishlarini ham tahlil qilib gigiyenik baho berdik. Natijalarga asosan karantin vaqtida bolalar va o'smirlar uy sharoitida tayyorlangan kalloriyali, vitaminlarga boy bo'lgan, issiq suyuq hamda quyuq taomlar, shu bilan birga hamirli, sutli, parhezli va yengil ovqatlar tanavull qilishgan. O'quvchilar karantin vaqtida 2 mahal (54%), 3 mahal (29%), issiq ovqat istemol qilganlar. "Fast food" taomlari kam miqdorda tanavvul qilingan. An'anaviy ta'lim

vaqtida ko‘pchilik ko‘chadan yoki maktab oshxonalaridagi taomlar bilan ovqatlanishgan. Masofaviy ta‘limda esa, barcha bolalar va o‘smirlar o‘z xonadonida uy taomlari bilan ovqatlanishini taqozo etdi. Xususan, immunitetning mustahkamlanishi kasalliklarga kamroq chalinish va vaqtida to‘yib ovqatlanishga imkoniyat yaratilgan.

Tadqiqotimizning yana muhim tahliliy qismlaridan biri karantin vaqtida bolalarda kasalliklarning asosiy holati o‘rganildi. Natijalarga ko‘ra barcha 14 yoshdan 18 yoshgacha bo‘lgan o‘g‘il bolalarning 36% (QB 49,2%) faqatgina mavsumiy yuqori nafas yo‘llari kasalliklari va uning alomatlari kuzatilgan. 58% (QB 33,2%) o‘smirlarda hech qanday kasalliklar kuzatilmagan. 6% (17,6%) bolalarda qo‘shimcha boshqa kasalliklarning simptomlari, xususan, tish og‘riqlari, turli toshmalar kuzatilgan. Bu esa pandemiya davrida yuqumli va yuqumsiz bo‘lgan barcha kasalliklarni keskin kamayganligini anglatdi. Buning asosiy sabablaridan biri aynan ko‘p ko‘chaga chiqmaslik, odamlar bilan suhbatlashmaslik, tibbiy niqob taqilishi ham aynan kasalliklarni keskin kamayishiga ijobiy ta‘sirini ko‘rsatdi. Shuni ham qo‘shimcha qilib o‘tish joizki tadqiqotda ishtirok etgan o‘quvchilar o‘z vaqtida kalloriyali, issiq uy taomlarini tanavull qilishgani ham yana bir omil sifatida kasalliklarga kam chalinishning sabab sifatida ta‘kidlash mumkin.

Tadqiqotimizning keyingi bosqichida o‘quvchilarning karantin davrida necha soat kompyuterda dars mashg‘ulotlarini bajarganliklarini ham tahlil qildik. Natijalarga ko‘ra barcha o‘g‘il bolalar 30% i 1-2 soat (QB 28%), 49% i 3-4 soatni (QB 56%), 15% i 5-6 soat (QB 10%) va 6% (QB 6%) 8-9 soatni kompyuterda dars mashg‘ulotlarini bajarishgan. Aynan ushbu tahlil natijalari o‘g‘il va qiz bolalar orasidagi ko‘rsatkichlar deyarli bir xilligi aniqlandi.

Karantin davridan so‘ng an‘anaviy ta‘lim boshlanishi natijasida o‘quvchilarning moslashish jarayoni tahlil qilinganda salbiy ta‘sirlar yuzaga kelganligi aniqlandi. Tahlilga ko‘ra 14-17 yoshdagi barcha bolalarda darslarga qatnasha olmaslik, hayajon, an‘anaviy ta‘limga ko‘nikishning qiyinlashuvi, uyqudan erta uyg‘onish, kam uxlash, o‘qish jarayonining ko‘tarilishi, holsizlanish, bilimning masofaviy ta‘limda pasayganligini, vaqt muammosi, xusnixatning o‘zgarishi, to‘garak va darslar qilishda vaqtning kamayishi kuzatilgan bo‘lsa, 18 yoshlilarda faqat vaqtning yetmasliga aniqlandi.

Xulosa. Olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, pandemiya maktab o‘quvchilari orasida ularning kun tartibi, salomatlik holatida hamda ruhiy rivojlanishida o‘zgarishlar kuzatilgan. Xususan, bolalarning turli jamoaviy sport mashg‘ulotlari bilan shug‘ullana olmaganliklari, o‘smirlarning karantin tufayli 65% dan ko‘prog‘ida tana vazning ortishi, 3-4 soatlab kompyuter oldida dars qilishi, 60% o‘quvchilarda bilim saviyasining pasayishi kuzatilganligi va asosiysi karantindan so‘ng an‘anaviy ta‘lim boshlanishi o‘quvchilarning an‘anaviy ta‘limga ko‘nikishi va bilim saviyasida kamchiliklar aniqlandi.

OPIY GIYOHVANDLIGI KLINIK BELGILARI

*Sarbaeva N. K., Agranovskiy M. L., Mirzayev A. A., Mo‘minov R. K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. So‘nggi yillarda farmakologlar va narkologlar tomonidan ishlatilgan "afyun giyohvandlik" va "opioid giyohvandlik" tushunchalarini farqlash tendentsiyasi sezilarli darajada kuzatila boshladi. "Opiatlar" tushunchasi odatda o‘simlik xom ashyosidan (gipnoz — Papaver somnifeum), shu jumladan, bu o‘simlikning alohida alkaloidlari va alkaloidlar aralashmasini o‘z ichiga olgan dastlabki qayta ishlangan o‘simlik mahsulotlaridan (maxsus qo‘l ishi bilan ishlov berilgan va opiy-xom ashyo — deb ataladigan asetilatlangan opiy). Opiatlar bilan farmakologik ta‘sirga o‘xshash sun‘iy (yarim sintetik yoki sintetik) moddalar "opioidlar" atamasi bilan ifodalanadi.

Opiy moddalar kelib chiqishi bo‘linadi: tabiiy, yarim sintetik, shuningdek, ularning farmakologik ta‘sir turi: to‘liq va qisman opioid retseptorlari agonistlari, antagonistlar va aralash (agonist-antagonistik) harakatlar preparatlari.

Tadqiqotning maqsadi. Opiy intoksikatsiyasining klinik xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu maqsadga erishish uchun afyun intoksikatsiyasi bo'lgan 42 bemor tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Preparatni parenteral yuborish analgeziya, og'riq, uyquchanlik, issiqlik hissi, oyoqlarda og'irlik va og'izda quruqlikka befarqlik keltirib chiqaradi, odatda 10-30 daqiqa davomida IV va administratsiyadan keyin paydo bo'lgan Eforiya ("kelishi") seziladi; keyin sedativ ta'sir ("volokusha") hukmronlik qiladi. Birinchi usullar ta'sir, ko'ngil aynishi va qayt qilishning disforik soyasi bilan birga bo'lishi mumkin.

Analjezik ta'sir i/v dan keyin 20-50 daqiqadan so'ng maksimal darajaga etadi va preparatning turiga, dozasi va foydalanish muddatiga qarab 60-4 soat davom etadi. Terining, ayniqsa, burunning giperemiyasi va qichishi bo'lishi mumkin. O'quvchining torayishi, silliq mushaklarning spazmlari (siydik va o't yo'llari, shu jumladan) konstipatsiya mavjud.

Dozani oshirib yuborish nafas olish, bradikardiya, tashqi stimulga bo'lgan reaksiyaning pasayishi, harorat va qon bosimining pasayishi bilan birga keladi. Opioidlar miya chizig'ida nafas olish markazining funktsiyasini inhibe qiladi (bu ta'sir fenotiyazinlar va Mao inhibitörleri tomonidan mumkin). Haddan tashqari dozada o'lim, odatda, nafas olishni to'xtatish, opiatlarning haddan tashqari dozasi klassik Triad: koma, "PIN boshi" kabi o'quvchilar va nafas olishni bostirish bilan bog'liq. Dozani oshirib yuborish, odatda, tasodifan sodir bo'ladi va favqulodda tibbiy aralashuvni talab qilishi mumkin, buning sabablari orasida preparatning dozasi yoki tartibsizlik ishlatilishida xatolik, shuning uchun bemor avvalgi tolerantlikni yo'qotishi mumkin. Ko'pincha haddan tashqari doz Markaziy asab tizimini, masalan, spirtli ichimliklarni yoki sedativ-hipnotik moddalarni inhibe qiluvchi boshqa preparatlar bilan heroinning kombinatsiyasiga olib keladi. Klinik jihatdan simptomlar aniq miyoz, nafas olish tushkunligi, Markaziy asab tizimining depressiyasini o'z ichiga oladi. Davolash intensiv terapiya bo'limida shoshilinch kasalxonaga yotqizishni, hayotiy funktsiyalarni saqlab qolish uchun simptomatik davolanishni va opiy antagonist – nalokson (nalorfin) ni tezkor kiritishni o'z ichiga oladi. 0,8 daqiqada hech qanday ta'sir bo'lmasa, darhol 15 mg i/v ga kiritiladi - 1,6 mg AOK qilinadi va ta'sir 15 daqiqada baholanadi. Ta'sir bo'lmasa, hali 3,2 mg kiritiladi, keyin istalgan natijaga erishilganda har soat nalokson 0,4 mg ni kiritish kerak. Shuni esda tutish kerakki, naloksonning yarim umrining qisqa muddati bor, shuning uchun opiatlar to'liq chiqarilgunga qadar (masalan, 3-x kungacha bo'lgan metadon) doimo qo'llanilishi kerak. Bir nechta dorilar bilan dozani oshirib yuborish imkoniyatini hisobga olish kerak.

Opiatlarni muntazam ravishda ishlatish bilan, giyohvand moddalarni olib tashlash (abstinent sindrom), yuqori bardoshlik bilan jiddiy hodisalar bilan aniq ruhiy va jismoniy qaramlik tezda paydo bo'ladi.

Afyun va morfin shunga o'xshash moddalarni iste'mol qilishda qaramlikning o'ziga xos xususiyati shundaki, u ba'zan terapevtik maqsadlarda ishlatiladigan dorilarning kichik dozalarini qo'llashda ham paydo bo'ladi.

Olib tashlash holatining hodisalari belgilangan tartibda keyingi dozani olish kerak bo'lgan davrda oxirgi dozani olganidan keyin bir necha soat ichida rivojlana boshlaydi va keyingi 2-3 kun ichida kamayib, 36-72 kunlik (7-10 soatdan keyin) o'z cho'qqisiga etadi. individual ko'rinishlar (uyqusizlik, bradikardiya) bir necha oygacha davom etishi mumkin. Bir naqsh mavjud: opiat qanchalik faol bo'lsa, tezroq, qisqaroq va siqilish sindromi kuchayadi. Engil holatlarda klinik ko'rinish ko'p jihatdan grippga o'xshaydi. Jadval 1 giyohvand moddalarni iste'mol qilishdan keyingi davrga qarab opiatlarni olib tashlash sindromining ob'ektiv va sub'ektiv belgilarini ko'rsatadi.

Uzoq muddatli opiatlarni suiiste'mol qilish bilan astenik kasalliklar bilan ajralib turadigan juda jiddiy oqibatlariga olib keladi. Tashqi tomondan, bemorlar o'z yoshidan ancha kattaroq ko'rinadi, sezilarli darajada charchash (tana vaznining etishmasligi 8-15kg ga etadi), yuzida ko'plab ajinlar, terining rangi oqarib, jigar kasalliklari bo'lgan bemorlarda bo'lgani

kabi, sariq rangga ega. Xarakterli xususiyat-bu tishlarni yo‘q qilish va yo‘qotishdir, ko‘pincha erta kellik kuzatiladi; sochlar yorqinligini yo‘qotadi, tirnoqlar kabi mo‘rt bo‘ladi. Tomirlar qalinlashadi, chandiqlarda ularning kanalining o‘shishi kuzatiladi. Bu differentsial diagnostika belgisi sifatida xizmat qiladi. Pulse odatda kam uchraydi, barcha turdagi reflekslar va kuch-quvvat kamayadi, o‘quvchilar tor, konstipatsiya ifodalanadi.

Ichki organlar tomonidan ko‘pincha gepatit B, OITS, sirroz, endokardit, o‘pka emboliyasi, septitsemiya, xo‘ppozlar, sepsis, pnevmoniya, flebit, limfangait, miya shishi, ensefalopatiya, polinevrit, glomerulonefrit kuzatiladi.

Xulosa. Bemorlar faqat giyohvand moddalar ta‘sirida ishlaydilar. Qiziqish doirasi keskin qisqaradi: faqat giyohvand moddalar atrofida joylashgan va ularni qazib olish, avvalgi mashg‘ulotlarga qiziqish yo‘qoladi. Umumiy hissiy qayg‘u, yolg‘onchilik, axloqiy va axloqiy pasayish kuzatiladi. Nutq so‘zlar bilan to‘lib-toshgan. Aqlning sezilarli pasayishi shaklida turli xil ruhiy kasalliklar, demans qayd etilmaydi.

Giyohvandlikning paydo bo‘lishidan so‘ng, heroin giyohvandligi o‘rtacha 4,5-5 yil yashaydi. O‘lim odatda haddan tashqari dozadan kelib chiqadi, kamdan-kam hollarda yurak faoliyatining pasayishi tufayli olib tashlanadi.

NON-MEDICINAL METHODS IN THE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEUROTIC, STRESS-RELATED, AND SOMATOFORM DISORDERS

*Sarbaeva N.K., Agranovsky M.L., Soliyev D.M., Muminov R.K.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. The relevance of studying the timely diagnosis and adequate therapy of mental disorders of the neurotic level is due to both the high prevalence of such disorders and the lack of elaboration of the problem as a whole. Currently, in the Russian Federation* the prevalence of borderline mental disorders is 26%, and psychosomatic disorders -31%.

Mental disorders usually have a multifactorial origin, are characterized by non-specificity; their picture* largely depends not only on external, but also on internal conditions (heredity, premorbid personality), additional pathogenic moments.

For their development, a complex interaction of the individual foundations of personality, the nature of reaction to the environment, the presence of past psychological traumas, social and other factors is necessary.

The whole of our research is the scientific development of a system of modern approaches to restorative therapy⁵ of patients with neurotic, stress-related, and somatoform disorders; by conducting a comparative analysis of the effectiveness of the studied complexes of non-medicinal methods: treatment (reflexotherapy; psycho- and phytotherapy).

Material and methods of research. 78 patients with various forms of neurosis and neurosis-like conditions of exogenous and endogenous origin were under our supervision in the conditions of the Andijan neuropsychiatric dispensary.

Results and their discussion. As a result of the study, it was found that the following disorders were most common: neurostenia (38 patients, 43.2%), hysterical neurosis (18 patients, 23.0%) and obsessive-compulsive neurosis (22 patients, 25.0%).

In the recovery period, along with physical and physiotherapeutic methods of treatment, autogenic training was widely used, which, in our opinion, is the optimal means for self-control and regulation of the nervous system, muscular system and internal organs of the body.

Autogenic training in the psychological rehabilitation of patients plays a special restorative and then preventive role aimed at suppressing the mental causes of autonomic abnormalities, relieving nervous tension, fatigue, stressful phenomena. The absolute majority

of patients who underwent psychological rehabilitation using autogenic training returned to their previous social and work activities, which they performed in full.

The developed comprehensive treatment programs for patients with neurotic, stress-related, and somatoform disorders* can significantly increase the effectiveness of therapy for these diseases, avoid side and undesirable effects, restore protective psychological neurovegetative and neuroendocrine mechanisms.

The proposed specific methods of psychotherapy, acupuncture schemes, collections of various herbs and their combinations allow you to choose an individual ratio of techniques for each individual patient, aimed both at eliminating the existing symptoms of the disease, and at resolving causal psychogenic situations and restoring adaptation.

Conclusion. Based on the obtained results of treatment of the studied groups of patients, indications for the appointment of each method of non-medicinal effects and possible combinations were determined, as well as predictors of effectiveness were established; which allows for more adequate and effective treatment of the studied groups of patients.

CLINICAL TYPOLOGY OF ANXIETY DISORDERS: DYNAMICS, TYPOLOGY, PSYCHOTHERAPY, PREVENTION

*Sarbaeva N.K., Agranovsky M.L., Saliev M.M., Muminov R.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The article examines the history of research on the effectiveness of psychotherapy and highlights its main trend - from general factors of effectiveness to their differentiation depending on a particular disorder. It is shown how the appearance of classifications with operationalized criteria, by increasing the reliability and consistency of diagnostics, contributed to a qualitative shift in the development of new methods of psychotherapy and in research on the effectiveness of psychotherapy in the 1980s. The leading role of cognitive-behavioral psychotherapy in this process is substantiated. Using the example of anxiety disorders, the role of the development of scientifically based psychological models of disorders in the further improvement of not only psychotherapy methods, but also the classification of mental disorders is considered.

The purpose of the study. Development of a comprehensive clinical-psychological and clinical-psychopathological phenomenological concept of generalized anxiety and panic disorders, taking into account their clinical-dynamic and personality-typological features, and substantiation of approaches to their correction and prevention.

Materials and methods of research. The study included 118 patients with GTR as an isolated or comorbid condition, which accounted for 55.9% of the number of patients with diseases of the anxiety-phobic spectrum

The results of the study. GTR is one of the most common borderline mental disorders, the incidence of isolated and comorbid GTR in patients with anxiety-phobic disorders is 55.9%

The heterogeneity of isolated GTR is determined by the uneven ratio in the clinical picture of various components of anxiety (affective, ideatory, motor and somato-vegetative) with the dominance of one of them in the structure of the state, depending on this, 4 clinical types of GTR are identified - affective, somato-vegetative, phobic and tonic, different in prevalence, degree of social maladaptation and prognostic values

The affective variant of GTR (egodistonic) is characterized by the predominance of the anxiety affect itself (emotionally painful premonition of impending trouble), with a sense of its uncontrollability in combination with a distinct ideatory acceleration and relatively unexpressed vegetative and motor components, Anxiety is persistent and painful, being

perceived as a painful and alien state to the personality, This type is observed in 23.2% of cases

Somato-vegetative variant of GTR (egosyntonic) -characterized by a course in the form of short-term, occurring with a slight external cause repeatedly during the day, somatized anxiety reactions masked by various somato-vegetative complaints coming to the fore, Anxiety is unstable, subject to fluctuations during the day, corresponds to the "system of personal coordinates" The most common type of GTR (53.6%)

The phobic variant of GTR - (ego-syntonic) is characterized by pronounced, fixed and uncorrected ideatory anxiety (thoughts, fears, etc.), perceived as a painful and alien state to the personality (with a sense of alienation of mental processes, including the controllability of anxiety) The presence of resistance to the excessive nature of anxiety phenomenologically brings it closer to obsessive phenomena, the rarest type of GTR (10.7% of cases)

The tonic variant of GTR (ego-diston) is characterized by the predominance of the "painful" motor component of anxiety (muscle tension, inability to relax, etc.) and a constant sense of concern about the need to control one's mental processes (thinking) At the same time, there are no somatovegetative manifestations of anxiety, this type is observed in 12.5% of patients

The severity of social maladaptation increases in a number of somato-vegetative, affective, tonic and phobic types of GTR, with a predominant decrease in functioning in a certain sphere of life (social - with phobic and tonic type of GTR, labor - with affective and phobic, and family - with somato-vegetative GTR)

Socio-demographic and clinical factors characterizing patients with the most favorable (somato-vegetative, affective) and least favorable (tonic and phobic) types of GTRs were identified

Favorable types of GTR are observed mainly in women, in patients with higher education and married, as well as with a short duration of the disease (from 1 to 3 years)

The least favorable types of GTR are served mainly in males, in patients with secondary education and unmarried, as well as with a longer duration of GTR (from 4 to 8 years)

The developed typology of isolated GTR is also valid for comorbid GTR, which is represented mainly by the most unfavorable clinical types - tonic (25.8%) and phobic (35.5%). The structure of comorbid disorders is associated with the selected clinical types of GTR

Affective type of GTR is combined with depressive disorders in almost 2/3 of cases (63.6%) Somato-vegetative type of GTR is combined with only one variant of comorbid disorders - PR without agoraphobia (100% nab) Phobic type of GTR is combined with all variants of comorbid disorders (almost half of patients - 45.5%, 2 comorbid disorders were noted), mainly with AF (81.8%) and PR (27.3%), the tonic type of GTR is combined mainly with OCD (50%) and SCF (43.8%)

The clinical features of various types of isolated GTR are non-erased manifestations of symptoms, which in comorbid GTR is further developed, this allows predicting trends in the course of the disease - in some cases with a predominant probability of the formation of anxiety-phobic disorders (less favorable), in others - depressive disorders (more favorable) It can be assumed that this is due to different pathogenetic mechanisms of clinical manifestations of generalized anxiety (variants of depressive and anxiety disorders)

The highlighted features of the clinical manifestations of GTP can serve as a justification for the development of a differentiated approach to psychopharmacotherapy, prevention and rehabilitation of patients with GTP

Conclusion. The results of the study are of direct importance for psychiatrists, psychotherapists and clinical psychologists working in the healthcare system and clinical psychological centers; organizers of psychiatric, psychotherapeutic and clinical psychological assistance to the population to optimize the tasks of diagnosis, correction and prevention of anxiety disorders; for social workers and organizers of social assistance serving the mentally

ill at home and in social service centers of the population in order to take into account the specific features of this contingent of borderline mentally ill.

The results of the study are used in the educational process in the training of clinical psychologists and psychiatrists and psychotherapists.

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ALCOHOLISM

*Shamsikulova S.A., Khayatov R.B.
Samarkand State Medical University*

According to different researchers, the frequency of depressive disorders in patients with alcoholism varies significantly. At the same time, depressive disorders can be caused not only by the direct effect of alcohol on the central nervous system, but also by psychogenic causes, the reaction of the individual to the disease, and the psychological, family, and social consequences of alcoholism. In addition, latent endogenous depression can be triggered by alcoholism as a trigger mechanism.

Thus, various factors may be involved in the development of depression in alcoholism. There are three possible options for the development of affective pathology in patients with alcoholism: 1) deepening of constitutional tendencies to a depressive response to various aggravating factors or a tendency to form affective disorders at the level of cyclothymia; 2) secondary (acquired) depressive disorders, which are a manifestation of toxic damage to the brain and emerging encephalopathy; 3) neurotic formations, including depressive symptoms. Such a scatter of data only indicates different criteria for diagnosing depression and different contingents of patients examined. N. Hortel et al. [2], after analyzing the results of the American National Epidemiological Survey (NESARC, 2001-2002), found that 40 percent of alcohol addicts had one or another affective disorder. In addition, some authors work with data related to the inpatient or outpatient population of patients, as a result of which a smaller part of the population forgets that alcoholics seek help. Up to 35% of men seen for depressive illness in the psychiatric service have cases of alcoholism that meet more or less nosological criteria. On the other hand, 25–59% of drug addicts develop depression during alcohol therapy.

Purpose of the study: To identify the frequency of occurrence, describe the nosological structure and clinical typology of depressive disorders in patients with alcohol dependence, and evaluate the effectiveness of complex antidepressant therapy using psychometric scales.

Materials and methods of research

The object of the study was the diagnosis of alcohol addiction (mental illness and behavioral disorders associated with alcohol use. Dependence syndrome. F10.2 according to ICD-10), which is being treated in the Samarkand regional department of narcology. 60 patients participated. Hospital. All patients were men aged 32 to 63 years (mean age 47.4 ± 4.3 years). A comprehensive examination of patients with alcohol dependence admitted to the narcological department was carried out using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Patients with clinical and subclinical levels of anxiety and depression on the HADS scale above 8 were specifically consulted by a psychiatrist for the diagnosis of a clinically defined depressive disorder. Patients who scored more than 8 points on at least one of the HADS sub-indicators filled out a series of additional questionnaires: the Beck Depression Self-Assessment (BDI), the Social Adjustment Self-Assessment Scale (SASS). The diagnosis of affective disorders was established based on the results of a clinical survey in accordance with the ICD-10 diagnostic criteria. Psychometric scales (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Global Clinical Assessment (CGI), Obsessive-Compulsive Alcohol Consumption Scale, Visual Analogue Drinking Scale) were used to dynamically assess mood.

All participants diagnosed with depression and anxiety were referred to the dispensary department of the Samarkand Regional Psychiatric Hospital for further examination. Participants completed a questionnaire that collected data on demographic, social and clinical characteristics. Social variables include the level of social support, smoking, alcohol and drug use. Information from the questionnaire, if necessary, was supplemented by viewing the medical records of patients. In addition, participants were presented with the seven-part General Anxiety Disorder Scale (GAD-7) to assess the prevalence of anxiety, the Beck Depression Scale-II (BDI-II), and the Big Five Scale (BFI) to assess the prevalence of depression.). BREF (WHOQOL-BREF) for the assessment of personality characteristics and measurement of quality of life (QOL) of the World Health Organization.

The seven-item Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) Scale is a questionnaire designed to identify generalized anxiety disorder (GAD) GAD-7. It consists of seven items, each of which is rated on a scale from 0 to 3 on the Likert scale. Thus, his overall score ranged from 0 to 21. Beck-II Depression Rating (BDI-II)

The BDI-II is a questionnaire commonly used to identify and assess levels of depression. It consists of things related to the symptoms of depression. It consists of 21 items, each of which is scored from 0 to 3. 10 to 16 points indicate mild depression, 17 to 29 points indicate moderate depression, and 30 to 63 points indicate severe depression.

Research results. Symptoms of depression were detected by all methods in the majority of patients with alcoholism, and a combination of depression and anxiety was noted in 39 (35%) ($p < 0.05$) patients. However, alcohol consumers are characterized by the predominance of subclinical anxiety and depression according to the HADS method - 48 (80%) cases, compared with clinical anxiety and depression - 12 (20%) of the examined ($p < 0.05$). The study on the Hamilton scale showed that most patients had direct and indirect symptoms of depression ($p < 0.05$). In addition, according to the Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS), most patients had negative self-esteem with low self-esteem, a negative outlook on the world and their future - 38 people or 63.3%, $p < 0.05$.

Anamnestic data confirmed the combination of alcoholism in patients with phobias, panic attacks, anxiety and tension, as well as aggravated heredity and childhood trauma for alcoholism and mental illness. From the moment of discharge from the hospital, according to Beck, 20 (33.34%) patients received antidepressants until re-examination: 14 (23.33%) patients were treated with fluoxetine at a dose of 40 mg daily for 4-6 weeks; 26 (21.67%) patients received a stimulant at a dose of 50 mg per day for 4-6 weeks. On the first test before taking antidepressants, moderate depression was detected in all 46 (76.7%) people and severe depression in 14 (24.3%) people at the beginning of treatment. According to Beck, as part of outpatient appointments, at the third test, at a single visit or in dynamics with a psychotherapist, during the remission period, there is a decrease in the number of patients from 1-2 months to 7-9 months. persons with moderate and severe depression were identified - 21 (35.12%) and 18 (30.10%) ($p < 0.05$), respectively. Thus, the use of antidepressants in combination with psychotherapy has a positive effect on the outcome of treatment of patients with alcoholism and depression.

Conclusions.

1. The frequency of depressive disorders identified as a result of the survey is significantly higher than the patients' complaints of depression, which patients present to the doctor on their own. It should be noted that the symptoms of depression in patients are also present with active treatment, i.e. in the acute and subacute period of the disease and in remission.
2. A relationship has been found between affective symptoms and alcoholism in persons suffering from alcohol dependence.

CHOICE OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Shavazi R.N.
Samarkand State Medical University

Relevance: The introduction of endosurgical technology eliminated one of the most significant drawbacks of traditional abdominal surgery, the discrepancy between traumatic access and minimal intervention on the organ itself.

Purpose of the study: Improvement of surgical methods for the treatment of liver echinococcosis using endovideo surgical technologies.

Materials and methods: 299 patients were operated on for echinococcosis. The main group consisted of 181 patients, who were conditionally divided into 3 groups: the first - 27 (14.9%) patients operated on laparoscopically, the second - 84 (46.4%) patients operated on by minilaparotomy and the third - 70 (38.7%) patients operated by laparotomy. 118 patients made up the control group, who could currently use minimally invasive surgical interventions. Laparoscopic echinococcectomy in compliance with the principles of parasiticity was undertaken in 27 patients with solitary uncomplicated hydatid cysts of the liver. Echinococcectomy from the liver was performed in 84 patients through minilaparotomy access. 70 patients underwent echinococcectomy from the liver through wide laparotomy accesses. At the same time, only upper median laparotomy was used in the main group of patients. During laparoscopic echinococcectomy, the removal of daughter bubbles and chitin membrane was carried out with a "trocar-extractor". In the surgical treatment of patients with liver echinococcosis, we consider it a priority to perform organ-preserving operations. In uncomplicated liver echinococcosis, we consider closed echinococcectomy to be indicated. With festering echinococcosis of the liver, a semi-closed echinococcectomy was performed. This operation, in the presence of cystobiliary fistulas, was supplemented by their suturing, and in case of complications with obstructive jaundice and cholangitis, the operation was completed by draining the main bile ducts. Indications for pericystectomy were cases of marginal location of echinococcal cysts, their calcification.

Conclusions: A comparative analysis of the results of treatment of patients with liver echinococcosis shows that performing echinococcectomy operations from the liver through minimally invasive approaches did not lead to an increase in the number of postoperative complications compared with operations from the traditional laparotomic access (7.8% in the control group and 5.5% in in the main group). At the same time, the terms of treatment of patients were significantly reduced (5.5 days in the main group and 13.6 days in the control group).

EFFICIENCY OF UMBILICAL CORD BLOOD TREATMENT FOR TRANSPLANTATION PURPOSES

Shokirova G.Q., Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I., Gafurova L.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Transplantation of allogeneic hematopoietic stem cells (HSCs) in recent years has become an important component of the treatment of many hematological diseases, congenital disorders of the immune system, hereditary anemia, some metabolic diseases and malignant neoplasms. Hematopoietic stem cells for transplantation are obtained from three sources: bone marrow, peripheral blood and umbilical cord blood (PC). Recently, the number of transplants of hematopoietic stem cells from umbilical cord blood has been increasing.

The effectiveness of transplantation largely depends on a sufficient number of HSCs, therefore, an important issue is the improvement of cell processing methods to ensure a

sufficient number of HSCs in the transplant and the development of a system of criteria for the rejection of PC before its processing for storage

The purpose of the study. To improve and implement PC selection criteria for leukoconcentration and preservation in the stem cell bank in order to obtain the most effective transplantation material for unrelated transplants.

The results of the study. Ante- and intranatal factors: multiple pregnancies, the amount of amniotic fluid, conditions of chronic and acute fetal hypoxia, placenta mass, duration of the anhydrous period, method of delivery, gender and body weight of the newborn do not affect the effectiveness of the PC leukoconcentration procedure.

The effectiveness of the leukoconcentration procedure decreases when collecting PCs during the third or more births, increases if the mother has a history of anemia of pregnant women in the first half of pregnancy, the threat of termination of pregnancy in the second half and infectious diseases of the mother, which are not a contraindication to donation, in the second half of pregnancy. Maximum efficiency of isolation of mononuclear cells ($80,11\% \pm 0,95, / \geq 0,025$) it is observed with a gestation period of 39 weeks, with a gestation period of less than 38 and more than 40 weeks, the effectiveness of the leukoconcentration procedure is significantly lower.

When collecting blood for more than 5 minutes after crossing the umbilical cord, the effectiveness of the leukoconcentration procedure decreases, while long-term storage of the collected PC before the leukoconcentration procedure increases its effectiveness. The effectiveness of the leukoconcentration procedure is higher with an increase in the duration of the fetal expulsion period of more than 30 minutes.

The effectiveness of the leukoconcentration procedure increases with an increase in the percentage of anticoagulant in the PC sample. The maximum efficiency of the leukoconcentration procedure is observed when the "net weight" of the PC sample is from 60 to 120 g and the anticoagulant content in the sample is in the range of 20 — 40%.

The effectiveness of the leukoconcentration procedure depends on the number of leukocytes and does not depend on the number of normoblasts in the PC. The higher the content of leukocytes in the PC, the lower the efficiency of leukoconcentration, when the number of leukocytes in the PC is more than $20 \times 10^6 / \text{ml}$, the efficiency of leukoconcentration decreases significantly.

Conclusion. The practical significance of the work performed lies in the possibility of using the developed additional criteria for PC sampling for gratuitous donation, which are included in the relative list of contraindications, which makes it possible to optimize the process of BSC work and obtain the most effective transplant material.

EVALUATION OF ANTIVIRAL IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH NON-HODGKIN'S LYMPHOMA

*Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I., Gafurova L.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Consequently, the use of modern immunological research methods allows us to obtain additional information about the role of mediators of intercellular interactions in antiviral immunity reactions in patients with NHL and to identify new immunological criteria predisposing to the development of infectious viral complications in them. Based on this, the conduct of multifaceted immunological studies in patients with NHL, taking into account the current chemotherapy, should be recognized as relevant.

The purpose of the study. The purpose of this study was to assess the state of antiviral immunity and to establish the factors that cause the reactivation of viral infections in patients with NHL.

Materials and methods of research. During the period from 2021 to 2022, 60 people with various variants of NHL were examined at the hematology clinic of the ASMI, 85 (80%) patients with indolent lymphomas and 21 (20%) patients with various variants of aggressive NHL were observed (Table 1). The group of patients with indolent NHL were lymphoma patients from small lymphocytes.

The results of the study. To a greater extent, changes in immunity in patients with NHL affected the cellular link with a decrease in the number of CD31-, CD4CD8*-lymphocytes in all study groups, as well as a shift towards a decrease in the value of the immunoregulatory index in patients with lymphoma from small lymphocytes. At the same time, the indicators of CD3+, CD8+, CD16+, C095+ cells in patients with aggressive lymphomas had significantly more significant deviations compared with patients with indolent NHL.

The levels of proinflammatory cytokines TNF-a and IL-f in patients with NHL were reduced compared to similar indicators of healthy individuals. It should be noted that in patients with aggressive lymphomas, the level of these cytokines was higher than in the group of patients with indolent lymphomas. Suppression of their synthesis is consistent with a violation of the differentiation process

Particular attention was paid to the decrease in the production of IFN-u and IFN-a in all examined individuals with NHL. As is known, the interferon system plays a regulatory role in maintaining homeostasis, being one of the most important components of natural immunity, largely determining the course and outcome of viral infections. Given these circumstances, it can be assumed that a decrease in the production of IFN-u and IFN-a contributed to the insufficiency of antiviral resistance in patients with NHL.

In patients with NHL, an increase in the spontaneous level of IL-2 was observed, and more significant in patients with indolent lymphomas. IL-2 triggers an immune response and activates factors involved in both antiviral and antibacterial, as well as antitumor protection, which in this situation may be a sign of a more favorable course of the tumor process.

The level of IL-8 had a significantly lower value only in the first group of patients compared with the indicators of the second group and healthy individuals.

Perhaps this is due to the significantly low concentrations of TNF-a and IL-1p, which are the strongest inducers of Sh1-8 synthesis. In addition, the literature provides information that the concentration of IL-8 depends on the malignancy of the course of the disease, and this can explain the high level of the studied cytokine in patients with aggressive lymphomas.

The level of basal cytokine secretion characterized the functional activity of mononuclears without exposure to antigen. After stimulation of the lymphoid cells of the PHA, some changes in the cytokine profile were noted

Spontaneous secretion of TNF-a, IL-1p, IL-4 and IL-6 by blood mononuclears was significantly reduced in patients with Sh-1U stages of the disease (Table 5). It is possible that a low concentration of IL-4 and IL-6 inhibits the maturation of B lymphocytes into plasmocytes.

With the progression of lymphoma from small lymphocytes in patients, there was a significant decrease in the level of IL-2 and IL-4 in the culture of mononuclears after their stimulation by PHA. This is most likely due to the weakening of secreted T-cell function during the progression of lymphoma from small lymphocytes - the main producers of these cytokines. In addition, a comparison of the indicators of the presented groups revealed that the level of TNF-a, IL-1 p, IL-2, IL-8 and IL-10 significantly increased in blood serum in patients with Sh-1 stages of the disease. .

Taking into account the defect of the T-link in patients with Sh-1st stages of the disease, the increase in their IL-2 levels in blood serum may have been compensatory in nature. It is appropriate to note that IL-2 has a powerful proliferative potential and is considered by some authors as an autocrine regulator of the growth of tumor cells, in particular, cells of generalized lymphoma, on which receptors for this cytokine are detected. Consequently, high

levels of IL-2 in the blood serum of patients with indolent NHL in the Sh-1st stages of the disease could also indicate the progression of the tumor process.

An increase in the concentration of IL-10 in the P1-1ST stages was associated with a decrease in the number of T cells, which indicated the presence of dysregulatory disorders in the maturation and differentiation of T lymphocytes in such patients.

Thus, in patients with indolent lymphomas, with the progression of the disease, there was a decrease in the indicators of the T-link of immunity, as well as a decrease in both spontaneous cytokine-synthetic activity of blood mononuclears and stimulated PHA. At the same time, the concentrations of such immunoregulatory peptides as IL-2 and IL-10, TNF-a and IL-1p in the blood serum increased.

In the cytokine system in patients with markers of herpesvirus infection, a significant increase in the concentration of TNF-a and IL-1 was observed. In addition, in patients of the second group, an increase in the level of IL-10 was noted (Spearman's correlation coefficient was -0.21 ($p < 0.05$)), which corresponds to the literature data indicating the synthesis of herpes viruses homologues of this cytokine (Rkheteg N., 2002). After stimulation of PHA, the content of IL-113 in the lymphocyte culture remained at a high level.

The levels of interferons IFN-a, IFN-u and IL-2 in the lymphocyte culture in the group of virologically infected individuals did not have significant differences compared with those of the group of virusnegative patients, which indicated an inadequate response of the immune system of NHL patients to the viral agent.

Conclusion. Thus, the conducted studies of the immune status in virologically infected NHL patients showed that they did not have

specific restructuring of the cytokine network. A decrease in the content of CO!6+ cells was the dominant factor in the weakening of antiviral immunity. The lack of a full-fledged immune response in patients with NHL leads to frequent contamination by viruses and their replication in the host body. This was confirmed by the presence of a fairly high percentage of PCR positive results (29.5%) obtained in the study of peripheral blood of these patients.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF PULMONARY COMPLICATIONS IN ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN COVID- 19

Sodikova D.T.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The functional consequences of this specific ARDS are a sharp increase in the ventilation-perfusion balance and loss of the hypoxic vasoconstriction reflex with a pronounced component of the microvascular pulmonary artery thrombus, which is confirmed by an increase in the level of lactate dehydrogenase and D-dimer.

The development of endothelial damage in microvascular thromboembolism in the late stages of ARDS can be explained not only by the spread in the lungs, but also by the systemic inflammatory effect associated with the microvascular bed of the kidneys, brain and other important organs.

The purpose of the study. To study the pathomorphogenesis of COVID-19 on the basis of autopsy studies with the formation of a working hypothesis of the conceptual scheme of the clinical and morphological phases of the development of the disease.

Materials and methods of research. Retrospective, single-center, controlled, non-randomized. 25 patients met the inclusion criteria, 10 underwent artificial lung ventilation, three of them died. We compared the ARDS clinic for nonspecific severe community-acquired pneumonia and the new coronavirus infection COVID-19.

The results of the study. The revealed features of diffuse alveolar damage in a new coronavirus infection (COVID-19) allowed us to present a working hypothesis of the

pathomorphogenesis of COVID-19 interstitial pneumonia. We propose three phases — fulminant, persistent and fibrotic, each of which is conditionally limited by certain time parameters and is characterized by certain morphological features. Dysregulatory activation of monocytic phagocytes, the development of generalized microcirculatory thrombosis, pathological repair, progressive intraalveolar and interstitial fibrosis are the main links in the pathomorphogenesis of COVID—19-interstitial pneumonia.

In response to the introduction of the SARS-CoV-2 virus, T-cell immunity reactions prevail in the exudative and proliferative stages. In the fibrotic stage, the total number of T-lymphocytes is sharply reduced, humoral immunity cells are not detected. The prevalence of CD8+ T-suppressor lymphocytes over CD4+ T-helper lymphocytes may be related to the mechanisms of autoimmune damage.

Lung damage with the development of COVID-19-interstitial pneumonia is the main cause of the severe course of the disease and deaths. The revealed features of the pathomorphogenesis of the clinical and morphological phases of COVID-19-interstitial pneumonia will improve the quality of diagnosis and treatment of a new coronavirus infection (COVID-19).

Conclusion. The basis of lung damage in a new coronavirus infection (COVID-19) is the development of ARDS (diffuse alveolar injury) with an atypical course that causes the development of COVID-19- interstitial pneumonia with synchronous damage to the respiratory tract and microcirculatory bed.

O'TKIR RESPIRATOR DISTRESS SINDROMI VA COVID-19

Sodiqova D.T.

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[3].

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[4].

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[1].

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 funktsiyasi tiklanib, hansirash o'tib ketishi, jismoniy yuklamalarni bemor yaxshi ko'tara olishi kasallanish darajasiga bog'liq holda kechadi. Xastalik qay darajada tuzalganini faqat funktsional tekshiruvlar, jumladan rentgen orqali aniq ko'rish mumkin[5].

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 (SI_t), alveolyar-arterial kislorod gradienti (AaDO₂) va nafas olish indeksining (PaO₂/FiO₂) qiymatlari, shuningdek, o'pka ichidagi qon aylanishining (Q_s/Q_t) nisbati bilan aniqlanadi. O'rdslarning asosiy klinik va instrumental belgilari quyidagi belgilardir: o'pka-torakal moslashuvining pasayishi (SI_t 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 parenximal infiltratlar va hokazolar

Asosiy kasallikdan qat'i nazar, O'rdslarning shoshilinch tashxisi quyidagi mezonlar yordamida oqlanadi: 1) salbiy omillarining mavjudligi (sepsis, kombinatsiyalangan 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 soyalarning 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/Q_t<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'rdslari 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'rdni erta tashxislash va intensiv terapiya fonida oqilona nafas olishni o'z vaqtida qo'llash ushbu asoratli bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashi mumkin.

MIYOKARD INFARKTI BO'LGAN BEMORLARDA STATINLARNING YALLIG'LANISHGA QARSHI SITOKINLARGA TA'SIRI

Soleeva S.Sh.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Ma'lumki, miokard infarkti rivojlanishi bilan yallig'lanishga qarshi sitokinlar ko'payadi. Statinlarning miokard infarkti bo'lgan bemorlarda yallig'lanish belgilarining kontsentratsiyasini kamaytirishga ta'siri va shu bilan bog'liq holda takroriy yurak-qon tomir kasalliklarining kamayishi. Statinlarni qo'llash aterosklerotik plaklarda ham, tizimli qon aylanishida ham yallig'lanishga qarshi belgilarning pasayishiga olib keladi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi: postinfarkt kardioskleroz bilan bemorlarda statinlarning yallig'lanishga qarshi sitokinlarga ta'sirini baholash.

Materiallar va usullar. Bizning tadqiqotimizga miokard infarkti (MI) tashxisi bilan qo'yilgan ketma-ket 82 bemor kiritilgan. Umumiy guruhdagi bemorlarning o'rtacha yoshi $61,3 \pm 8,4$ yosh bo'lib, ulardan 48 nafari (58,5%) erkaklar va 34 nafari (41,57%) ayollardir. Miokard infarktning 1 va 12-kunidagi barcha bemorlar zardobda interleykin IL-6, C-reaktiv oqsil (CRP), o'simta nekrozi omil-a (TNF-a pg/ml), shuningdek qonda lipidlar parametrlarini (UXs, YuZLP va PZLP, TG) miqdoriy ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlili bilan o'tkazildi. Tadqiqot natijalariga statistik ishlov berish STATISTICA 8.0 dasturiy majmuasi yordamida amalga oshirildi. Barcha bemorlar statinlarni qo'llashga qarab 2 guruhga bo'lingan: 1-guruh (shifoxonaga yotqizishdan oldin statinlar qabul qilgan bemorlar) - 32 (39%) bemorlar, 2-guruh (shifoxonaga yotqizilganidan keyin statinlar qabul qilgan bemorlar) - 51 (61%) bemorlar.

Natijalar. 14 kun davomida MI rivojlanishidan oldin statinlarni qabul qilgan bemorlar guruhida ($n = 32$) PZLPning sezilarli darajada pastligi aniqlandi [2,91 (1,31; 5,13) va 1,34 (0,76; 9,77)], ilgari statin terapiyasi olmagan bemorlar bilan solishtirganda. Shu bilan birga, ikkala guruhda ham umumiy xolesterin, YuZLP va TG darajasida sezilarli farqlar yo'q edi. Bemorlar guruhlarida o'rganilayotgan biomarkerlar kontsentratsiyasidagi farqlarni tahlil qilganda, kasalxonadan oldingi bosqichda statinlarni qabul qilishga qarab, yallig'lanishga qarshi belgilar - IL-6, CRP, TNF-a qiymatlari sezilarli darajada past bo'lgan. Shifoxonaga yotqizilgan statin terapiyasi bilan bemorlar guruhida MI rivojlanishining birinchi kunida ham, 12-kunida ham aniqlandi. Shu bilan birga, IL-6 yallig'lanishga qarshi markerning kontsentratsiyasi kasalxonadan oldingi bosqichda statinlarni qabul qilgan bemorlar guruhida statinlarni qabul qilmagan bemorlar guruhidagi tegishli ko'rsatkichlardan 2 baravar yuqori edi. Shunday qilib, yallig'lanishga qarshi sitokinlarning yuqori darajasi miokard infarktning erta va kech davrida salbiy yurak-qon tomir hodisalarining rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Xulosa. MI bilan kasallangan bemorlarda statinlarni shifoxonaga qadar qabul qilmasligi kasallikning stasionarda bo'lgan davrida IL-6, CRP, TNF-a kabi yallig'lanishga qarshi belgilarning yuqoriligini ko'rsatadi.

GEMATOLOGIK BEMORLARDA HERPESVIRUS INFEKTSIYALARINING
LABORATORIYA DIAGNOSTIKASI

*Sotvoldiyev B.M., Tojiddinov H.S., Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh. Dj.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. So'nggi bir necha yil ichida o'simta tabiati, shu jumladan, qon tizimi kasalliklarini tashxislash va davolashda jiddiy yutuqlarga erishildi. Xorijiy va mahalliy tadqiqotchilar ham bu sohada asosiy yutuqlari rivojlantirish va yuqori doza kimyoterapiya va allojeneik suyak iligi ko'chirib o'tkazish uchun yangi yondashuvlar foydalanish, shu jumladan, protokollar amalga oshirish bilan bog'liq. Bu patologiyaga ega bemorlarda to'liq gematologik remissiyalarga erishish chastotasini va umumiy bezaretsidiv omon qolish darajasini oshirishga imkon beradi.

Tadqiqotning maqsadi. Gematologik kasalxonada bemorlarda Herpesvirus infeksiyalarini laboratoriya aniqlash chastotasini aniqlang

Tadqiqot materiallari va usullari. 1500 namunalari va 315 qon namunalari pnevmoniya bilan onkogematologik bemorlardan virusologik tekshiruv natijalarini tahlil qildilar. Pnevmoniyaning tashxisi bemorning infeksiyaning klinik ko'rinishini (isitma, nafas olish etishmovchiligi) va radiologik tekshiruvda in-filtrativ o'zgarishlarning paydo bo'lishi va/yoki yuqori aniqlikdagi kompyuter tomografiyasi natijalari asosida aniqlandi.

Tadqiqot natijalari. Gematologik bemorlarda yuqumli asoratlarni rivojlanishi bilan EBV faollashuvining laboratoriya belgilari (64,31%), kamroq CMV (21,33%) va HSV 1-2 (5,39%) ($p = 0,0001$) ishonchli tarzda aniqlanadi.

Gematologik bemorlarda pnevmoniya rivojlanishi bilan balda EBV DNKINI (43,6%), kamroq HSV 1-2 (29,6%) va CMV (21%) ishonchli tarzda aniqlash mumkin edi. Shu bilan birga, balni o'rganish qon testidan ($p = 0,005$) ko'ra ko'proq ma'lumotga ega ekanligini ko'rsatadi.

Herpesvirus diagnostikasida Elishay va PCR usuli bir-birini to'ldiradi. Shu bilan birga, Herpesvirus aktivatsiyasining belgilari ikki usulda faol Herpesvirus infeksiyasining belgilari bo'lgan bemorlarning 1-7% 64% da aniqlandi.

Qon donorlaridan farqli o'laroq, o'tkir leykemiya debytidagi bemorlarda EBV DNKlari (79,2%, 51,9%, $p = 0,001$) va DNK HSV 1-2 (8,3% va boshqalar 0,8%, $p = 0,023$) ishonchli tarzda aniqlandi. Shu bilan birga, kimyoterapiya ikkinchi kursidan oldin, faol Herpesvirus markerlarini aniqlash chastotasi qon donorlaridan statistik jihatdan farq qilmaydi (EBV - 40%, $p = 0,3$; HSV 1-2 - 2%, $p = 0,9$).

O'tkir leykemiya bilan og'rigan bemorlarda faol Herpesvirus infeksiyalarining belgilarini aniqlash 77,8% hollarda kasallikning debytida yuqumli asoratlarning namoyon bo'lishi va 100% ($p = 0,001$) bilan davolanish bilan bog'liq.

Herpesvirus infeksiyasining yuqori chastotasida tekshirilgan gematologik bemorlar, CMVDA donorlarni tekshirish amaliyoti yo'qligi va statsionar davolanish davrida katta gemokomponentli terapiya o'tkazilganda, kattalardagi bemorlarning 4,4% CMV ga nisbatan seronegativ bo'lib qoladi.

Katta darajada CMV - seronegativlik somatik kasalliklarga chalingan bolalarda namoyon bo'ldi va uning chastotasi ≤ 1 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar guruhida 54,5% va 28,6% - 11 dan 18 yilgacha bo'lgan davrda klinik amaliyotda pediatriyada qon quyish paytida, shu jumladan zamonaviy sharoitda RH-mojaroda intrauterin metabolik transfüzyon taktikasi.

Xulosa. Umuman olganda, kattalar gematologik bemorlar va katta yoshdagi bolalar uchun Herpesvirus infeksiyasi uchun test natijalari CMV va EBV uchun qabul qiluvchilar va gemokomponentlar donorlarining ushbu toifalarini qo'shimcha tekshirish amaliyotini joriy etish zarurligini ko'rsatadi.

**DORI TERAPIYASI FONIDA NOSTABIL STENOKARDIYA BILAN OG'RIGAN
BEMORLARDA METABOLIK BUZILISHLAR DINAMIKASI.**

*Tashmatova G.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Tadqiqot maqsadi: beqaror angina bo'yicha epidemiologik ma'lumotlarni o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Vazifalarni hal qilish uchun biz yurak tomirlari kasalligi tashxisi qo'yilgan 35 nafar bemorni tekshirdik.

Tadqiqot natijalari. Dastlabki tahlilda davolanishdan oldin va keyin guruhdagi antropometrik (tana vazni, tana massasi indeksi, bel va sonlar) va gemodinamik (sistolik va diastolik qon bosimi, yurak urish tezligi, puls) ma'lumotlar sezilarli darajada farq qilmagan ($P > 0,05$).). Shunga asoslanib, o'rganilayotgan dori terapiyasi usulining ta'siri bir xil fonda amalga oshirilganligini ta'kidlash mumkin.

Biz tekshiruvdan o'tgan bemorlarda ushbu davolash kursining yurakning chap qorincha (LV) morfologik va funktsional parametrlariga ta'sirini o'rganishni o'tkazdik. Shunday qilib, bemorlarning tadqiqot guruhida LV ning oxirgi diastolik hajmi (EDV) 8,9% ga, oxirgi sistolik hajmi (ESV) - 20,43% ga kamaygan, bu ejeaksiyon fraktsiyasining ko'payishiga olib keldi (EF) 8,7% ga (1-jadval). Shu bilan birga, chap qorincha o'lchami 8,04% ga, chap qorincha orqa devorining qalinligi (VCW) 9,7% ga, LV VTS 17,14% ga qisqardi, pasayish tendentsiyasi kuzatildi. interventrikulyar septumning qalinligi (VTVS), bu miyokard massa indeksining (IMM) LV ning 11,2% ga pasayishiga olib keldi.

Shunday qilib, kompleks davolashning farmakodinamik ta'siri, asosan, LV kontraktil funksiyasini tiklashda, ya'ni ESV va EDV ning pasayishida, shuningdek, LV EF ning ortishida namoyon bo'ladi.

Davolashdan oldin va keyin bemorlarni tekshirish ma'lumotlari dori terapiyasining lipotsitokinlarga ijobiy ta'sirini ko'rsatadi.

Xulosa. Taklif etilayotgan kombinatsiyalangan terapiyaning terapevtik samaradorligini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, miyokardni qayta qurish darajasini pasaytirish, aterogen lipid profilining buzilishlarini normallashtirish va metabolik kasalliklarni neytrallashtirish nuqtai nazaridan aniq terapevtik ta'sir mavjud.

**TURLI ETIOLOGIYALI REAKTIV ARTRITLARDA KLINIK VA IMMUNOLOGIK
ALOQALAR**

*Tashmatova G.A.
Ichki kasalliklari propedevtikasi kafedrasini
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Mavzuning dolzarbligi. Nozologik shakl sifatida "reaktiv artrit" (ReA) atamasi birinchi marta 1969 yilda fin tadqiqotchilari P. Ahvonen, K. Sievers va K. Aho tomonidan taklif qilingan bo'lib, ular yersinia enterokoliti bilan og'rigan bemorlarda artritni tavsiflagan. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, ReA 2 guruhga bo'linadi - urogenital (xlamidiya) va postenterolitik (yersiniya, salmonella, kampilobakter va shigelloz). ReA chastotasi xlamidiya bilan kasallangan bemorlarda 1-3% va 1,5-4% (12% gacha) - ichak infeksiyasi. Kasallikning surunkali kechishi 15-50% hollarda kuzatiladi va ko'pincha bemorlarning uzoq muddatli nogironligiga sabab bo'ladi [21, 66, 104]. Rivojlanishi streptokokk, ureaplazma, mikoplazma, virusli va boshqa infeksiyalar bilan bog'liq bo'lgan artrit hozirda "infeksiya bilan bog'liq artrit" deb ataladi.

ReA ning patogenetik mexanizmlari to'liq o'rnatilmagan. Ko'pgina tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, ReA patogenezida sitokinlarning nomutanosibligi muhim rol o'ynaydi. Shu bilan birga, ReA bilan og'rigan bemorlarda sitokin profilini o'rganish natijalari qarama-qarshidir.

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, ReA ning antibakterial Till-immun javobi Th2-immun javobi (IL-4, IL-10 va boshqalarning birlamchi sintezi) foydasiga kamayadi, boshqa tadqiqotchilar esa yallig'lanishga qarshi sitokin profiliga ishora qiladilar. ReAda (IF -y, TNF-a, IL-2, IL-12 va boshqalarning giper ishlab chiqarilishi).

Shunday qilib, ReA ning keng tarqalganligi, kasallikning surunkali shakllarining yuqori chastotasi, umumiy qabul qilingan diagnostika mezonlari va davolashda yagona yondashuvlarning yo'qligi ReA ning klinik va immunologik xususiyatlarini va buning uchun antibiotik terapiyasining imkoniyatlarini qo'shimcha o'rganishni talab qiladi. kasallik.

Tadqiqot maqsadi: Turli etiologiyali reaktiv artrit bilan og'rigan bemorlarda klinik va immunologik munosabatlarni o'rganish va kasallikning kechishiga ta'sir qiluvchi omillarni aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Differentsiellanmagan mono- yoki oligoartritli bemorlarni tekshirishda HLA-B27 gistofozifik genini aniqlash, shuningdek, infeksiyon jarayonning klinik belgilari bo'lmagan taqdirda ham urogenital va ichak infeksiyalarini aniqlash uchun laboratoriya tekshiruvlarini o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Tadqiqot natijalari. Reaktiv artritli bemorlarda sinovitni tashxislash uchun 7,5 MGts chiziqli transduser yordamida bo'g'imlarning ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.

Reaktiv artrit bilan og'rigan bemorlarning 73,3 foizida xlamidiya yoki ichak infeksiyasi tashxisi qo'yilgan, 70,9 foizda HLA-B27 gistologik moslashuv geni aniqlangan, 47,7 foiz hollarda ileosakral bo'g'imlarning shikastlanishining rentgenologik belgilari aniqlangan. INFEKTSION bilan bog'liq artrit asosan nazofarengal infeksiyadan so'ng (89,5% hollarda) rivojlandi va HLA-B27 antijeni bilan bog'liqlikning yo'qligi va kasallikning nisbatan qulay kursi bilan tavsiflangan.

Xlamidiya infeksiyasining laboratoriya belgilari bo'lgan urogenital reaktiv artrit bilan og'rigan bemorlarda periferik qon limfotsitlarining umumiy soni va ularning individual subpopulyatsiyasi (SB3+, SB4+, SB8+-T-limfotsitlar) sezilarli darajada oshgani kuzatildi, bu T ning faollashishini ko'rsatishi mumkin. -bu bemorlarda immunitetning hujayra aloqasi.

Reaktiv artritli bemorlarda sog'lom donorlar guruhiga nisbatan TNF-a va IL-1b miqdori sezilarli darajada oshgan va sarum IL-4 va IL-111a kamaygan, bu yallig'lanishga qarshi xususiyatni ko'rsatadi. Ushbu kasallikdagi sitokin profili.

Xulosa. Reaktiv artrit bilan og'rigan bemorlarning qonidagi O ning tarkibi kasallikning faollik darajasi (artikulyar indeks, ESR, C-reaktiv oqsilning tarkibi) bilan bog'liq va uning yuqori darajasi surunkali kasallik uchun xavf omilidir.

Reaktiv artritning noqulay kursi bemorlarda doimiy xlamidiya infeksiyasining mavjudligi, kasallikning yuqori klinik va laboratoriya faolligi va asosiy immunosuppressiv terapiyaning kechikishi bilan bog'liq.

USING VACUUM THERAPY IN PATIENTS WITH UPPER LIMB INJURIES

Teshaev O.R, Kurbanov G.I., Murodov A.S., Babajonov A.B.
Department of Surgical Diseases of the Tashkent Medical Academy

Introduction. The specificity of the course and treatment of wounds in patients with injuries of the musculoskeletal system implies the presence of various defects in the area of wounds, necrosis of tissues and violation of the integrity of the skeleton.

Currently, there is a tendency to significant growth of combined damage with damage to bones, nerves, tendons and blood vessels. Wounds and injuries are received mainly by able-bodied people aged 20-40 years. They become disabled who are unable to return to the previous specialty, fall a burden on the social security system (Nikolenko V.K., Khalikov V.K., 2011). Despite the enhanced complex treatment: specific antibiotic therapy, infusion program, physical, mechanical methods of wound-maintaining wounds take a long time. And the wound heals only when the physical and bacteriological purity from necrotic masses

occurs. Often, the process goes into a chronic state with many complications (osteomyelitis, long non-healing wounds, amyloidosis, etc.). And all this implies material and physical costs. The task of adequate treatment of wounds, including in the conditions of the presence of metal structure, seems quite complicated. The severe course of the wound and superficial acquaintance of surgeons and traumatologists complicates the treatment of this group of patients, which determines the relevance of this problem.

Purpose of the research. Clinical testing and assessment of the effectiveness of the use of vacuum devices to improve the course of wounds in patients with post-traumatic damage to the upper limbs.

Materials and methods. At the clinical base of the Department of Surgical Diseases of the Tashkent Medical Academy (Microsurgery Department) from 2020 to 2022, 39 patients with post-traumatic defects of soft tissues of the forearms and cysts aged 18 to 60 years (29 men and 29 men and 29 men were objects of research work. 10 women). Used the vacuum of therapy: **NP 32 MODEL FOR YOU NPWT PRO and CONFORT NPWT**. The essence of the methodology is the use of the vacuum of therapy for the purpose of the advanced inflammatory edema, cleansing the wound and strengthening the processes of reparation. Localization and sizes of wounds: most often the wounds were localized on the forearm and cysts from the upper third to the lower third of the upper limbs. The dimensions of the wounds varied from 5 cm to 25 cm. The vacuum apparatus was installed for all patients, the replacement was made every 3 days, with a shift frequency up to 3 times. The pressure supported by the device was 100 mm Hg. The duration of the vacuum of therapy was from 3 to 6 days.

After the sessions of the vacuum of therapy, a positive change in post-traumatic wounds as a decrease in inflammatory edema and redness, dehydration of post-traumatic wounds and increased regeneration and reparation processes were observed.

Conclusion. Thus, the use of vacuum therapy in the treatment of post-traumatic wounds is an effective, low-traumatic, economical way of treating patients with defects in soft tissues of the upper extremities.

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF HIAPHAGNETIC HERNIAS IN ELDERLY PATIENTS

*Teshaev O.R., Babajonov A.B., Kholov Kh.A.
Tashkent Medical Academy.*

In recent years, the number of patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) has been increasing all over the world, both among people of working age and among the elderly. In the structure of diseases of the gastrointestinal tract, hiatal hernia (HH) takes the second place, competing with such diseases as chronic cholecystitis, peptic ulcer of the stomach and duodenum.

Purpose of the study: to study the results of surgical treatment of HH complicated by GERD after antireflux operations in elderly patients and to choose the most effective and less traumatic surgical method.

Material and methods. From 2014 to 2022, 48 patients with HH types I, II, III with symptoms of reflux esophagitis were operated on at the 1st City Clinical Hospital in Tashkent on the basis of the Department of Surgical Diseases of the TMA. The size of the hernia defect varied from 3 to 10 cm. nyh - from 22 to 73 years, the average age was 44.8 ± 2.6 years. Among these patients, there were 8 (16.7%) patients older than 60 years, their mean age was 66.5 ± 3.2 years. 5 (62.5%) women and 3 (37.5%) men were operated on.

HH 1st type is detected in 2 (25.0%) patients, 2nd type - in 4 (50%), 3rd type - in 2 (25.0%) patients. Esophagitis 1st stage occurred in 1 (12.5%) patients, 2nd stage- in 4 (50.0%), 3rd stage - in 3 (37.5%) patients.

Indications for antireflux surgeries, performed both laparoscopically and with open access, were: ineffectiveness of full-fledged conservative therapy for 3-4 months - 4 patients; complications of reflux esophagitis - esophageal ulcers - 1 person; extraesophageal manifestations of GERD (primarily bronchial and cardiac) - 2 patients; concomitant surgical pathology (cholelithiasis), in which the performance of antireflux operations was tactically justified in 1 patient.

The operation by laparotomic access was performed in the presence of a history of open operations on the upper floor of the abdominal cavity in 1 patient, recurrence of the disease after open antireflux operations in 1 patient.

The following methods were used in laparoscopic operations: Tupe fundoplication in 1 (12.5%) patients, Nissen fundoplication in 1 (12.5%), crurorrhaphy in 4 (50%) patients. When HH was combined with another surgical pathology, simultaneous interventions were performed for cholelithiasis in 1 (12.5%) patient. With open interventions, the Tupe operation was performed in 1 patient, the Nissen fundoplication was performed in 1 patient. In laparoscopic operations, the average duration of crurorraphy was 48 minutes, the average duration of the Tupe operation was 65 minutes, and the Nissen operation was 88 minutes. During surgical interventions by laparotomic access, the average duration of the operation according to Tupe was 119 minutes, according to Nissen - 124 minutes.

Results and discussion. Postoperative bed-day in elderly patients operated laparoscopically ranged from 4 to 9, averaging 6.5 bed-days. In open surgeries, this indicator ranged from 10 to 16 and averaged 13 bed-days.

Of the intraoperative complications during laparoscopic operations, the following occurred: in 1 patient, the mediastinal pleura was damaged with the development of a left-sided pneumothorax, the pleural cavity was drained. This complication occurred as a result of mobilization of the cardiac part of the stomach in HH of the 3rd degree. During open surgery, a 70-year-old patient developed a right-sided pneumothorax, which was eliminated by drainage of the pleural cavity. Of the somatic complications after open interventions, thromboembolism of small branches of the pulmonary artery was observed in a 72-year-old patient. There were no lethal outcomes after all types of operations for HH.

Two years after the operation, a recurrence of the disease was detected in 1 patient with crurorraphy. The quality of life in most patients in this group is assessed as good. Three years later, 1 patient operated on by the Nissen method had a relapse of the disease. In 2 (25%) patients, there is a need to take antacids, but these patients note a significant reduction in their dose and see a positive effect from the operation.

Conclusion. The treatment of elderly patients with HH remains an unresolved problem. After various methods of surgical interventions, relapses of the disease may occur, which requiring drug treatment or repeated surgery. The use of traumatic antireflux operations associated with the formation of an antireflux cuff, in our opinion, does not have great advantages over technically than simpler antireflux operations associated with crurorrhaphy, gastropexy and reconstruction of the angle of His.

GEMOFILIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ERITRONNING PERIFERIK BOG‘LANISHINING MORFOFUNKSIONAL XUSUSIYATLARI

*Tojiddinov H.S., Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh. Dj., Sotvoldiyev B.M.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbliqi. Taqdim etilgan ish gematologiyaning dolzarb muammolaridan biri - og‘ir gemofiliya bilan og‘rigan bemorlarda eritronni o‘rganish bilan bog‘liq. Zamonaviy gemostatik terapiya fonida kasallikning asosiy belgilari, spontan gemartroz va gematomalar ko‘rinishidagi alevlenme soni keskin kamaydi. Yaqinda gastrointestinal, buyrak qon ketishi, jarrohlik aralashuvlar bilan qon ketishi, retroperitoneal gematomalar kabi qon ketishining namoyon

bo'lishi oldinga chiqdi. Ushbu asoratlar ko'pincha bemorlar tomonidan boshqa kasalliklarga chalingan bemorlarga qaraganda ancha osonroqdir. Shu bilan birga, anemiya bilan gemofiliya bo'lgan bemorlarda ko'pincha eritrotsitlar bilan almashtirish terapiyasi talab qilinmaydi.

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu ishning maqsadi ushbu bemorlarda eritropoezni xarakterlash uchun tekshiruv vaqtida anemiya mavjudligi yoki yo'qligi bilan hemorajik sindromning kuchayishi va kuchayishi bo'lmagan guruhlarda gemofiliya bilan og'rigan bemorlarda eritronning periferik bog'lanishining morfofunktsional holatini tahlil qilish va baholash edi.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot 47 bemor va 10 sog'lom odamlarda taqqoslashni amalga oshirdi.

Tadqiqot vaqtida gemorragik sindromning alevlenmalari mavjudligi yoki yo'qligi bo'yicha bemorlar 2 guruhiga bo'lingan. Gemorragik sindromning kuchayishi bilan guruh 25 dan 20 yilgacha bo'lgan 59 kishini o'z ichiga oladi. O'z navbatida, bu guruh 2 kichik guruhga bo'lingan: bitta kichik guruh, 120 g/l dan yuqori gemogloblin darajasi (anemiya yo'q) - 12 kishi; ikkinchisi-120 g/l (anemiya bilan) -13 kishi. Gemofiliya alevlenmesiz guruhga 22 dan 18 yilgacha bo'lgan 51 kishi kiritildi. Nazorat guruhi 10 sog'lom odamlarni tadqiq qilingan yosh guruhlari bilan taqqosladi.

Tadqiqot natijalari. Gemorragik sindromning mavjudligi yoki yo'qligi bilan og'ir gemofiliya shaklidagi bemorlarda eritrotsitlar formulasi va eritrotsitlar morfologiyasining o'zgarishi bilan ifodalangan tezlashtirilgan eritropoez belgilari aniqlandi.

Gemofiliya kasalliklarida eritronning periferik bog'lanishini o'rganish retikulotsitoz (28,8% o), shuningdek, retikulotsitlarning chap siljishi I va II sinflarning retikulotsitlari paydo bo'lishidan oldin aniqlandi, bu suyak iligi regenerator qobiliyatining bilvosita ko'rsatkichidir.

Gemorragik sindromning kuchayishi (anemiya bilan) bo'lgan guruhda og'ir gemofiliya bo'lgan bemorlarda periferik qon eritrotsitlarining elektroforetik harakatchanligi kamayadi.

Eritronning periferik bog'lanishining alohida parametrlari (periferik qon eritrotsitlarining elektroforetik harakatlanishi, eritrotsitlarning joylashish tezligi, eritrotsitlar soni, eritrotsitlarning o'rtacha miqdori) o'rtasidagi nisbat gemofiliyaning og'ir shakli bo'lgan bemorlarda eritropoezning o'ziga xos xususiyatlarini ko'rsatadi.

Qattiq gemofiliya alevlenmelerinin etarli va o'z vaqtida gemostatik davolash fonida, klinik alomatlar uchun mavjud bo'lmagan holda, eritrotsitoz o'z ichiga olgan qon tarkibiy qismlari bilan transfüzyon davolash zarur emas.

Muntazam yoki muntazam qon yo'qotishiga qaramasdan, og'ir gemofiliya shaklidagi bemorlarning tanasi unga moslashadi va uning kompensatsion reaksiyalarini o'z ichiga oladi.

Xulosa. Ushbu tadqiqot natijalari gemofiliya bilan og'rigan bemorlarda eritronning periferik bog'lanishining holati haqidagi bilimlarni chuqurlashtirishga yordam beradi. Surunkali va o'tkir qon yo'qotish yoki gemorragik sindromning kuchayishi sharoitida hujayralardagi tizimli o'zgarishlar haqida qimmatli ma'lumot berib, gemofiliya eritrotsitlarning morfofunktsional xususiyatlari haqida olingan ma'lumotlar muhimdir. Olingan ma'lumotlar eritronning adaptiv imkoniyatlarini o'rganishda va anemiya rivojlanishida eritrotsitoz o'z ichiga olgan qon tarkibiy qismlarining transfuziyalarini o'tkazishda muhim rol o'ynashi mumkin.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT FEATURES OF POSTPARTUM PSYCHOSES

*Turaev B.T., Khasanova N.Sh.
Samarkand State Medical University.*

Introduction. There are currently several theories that cause postpartum psychosis, including hereditary predisposition, psychogenic factors, endocrine-diencephalic diseases, and others. There are currently many scientific studies that reflect conflicting views on the

etiology, pathogenesis, clinical manifestations, and nosological features of the problem of postpartum mental disorders. It is not clear exactly what triggers postpartum psychosis. One hypothesis links them to hormonal changes, particularly estrogen levels. Other hypotheses include changes in cortisone, serotonin, thyroid hormone, calcium, and endorphin levels. The risk of developing psychosis increases with the burden of heredity with mental illness. Some authors consider the most important component of socio-psychological problems that occur in women, traumatic events and complications that occur during childbirth.

The purpose of the study: To study the clinical manifestations and specifics of treatment of postpartum psychosis.

Materials and methods: For the purpose of the study, Samarkand Regional Psychiatric Hospital examined 10 patients with postpartum psychosis in the last 3 years. In 2018 - 3 patients, in 2019 - 4 patients and in 2020 - 3 patients (1.07%). Of the 10 patients, 4 were evacuated from the maternity wards after consultation with a psychiatrist, and 6 were brought home from the polyclinic with referral from psychiatrists. At the time of hospitalization, the duration of mental disorders ranged from 3 days to 2 weeks. The average abnormalities occurred 10–14 days after delivery. Of the hospitalized women, 4 lived in rural areas and 6 in urban areas. Postpartum psychosis first appeared in 9 cases of postpartum mental illness, in one case - 2 - after birth. In one case, an operation was performed, in one case the birth was accompanied by a rupture of the cervix. In 9 cases, delivery was accompanied by physiological complications. The mean age of the patients ranged from 20 to 25 years.

Conclusion and their discussion: It should be noted that the clinical picture of postpartum psychosis was depression in 6 out of 10 cases (60%) with mental disorders (temptations, hallucinations) and in 4 cases (40%) - temptations with affect, fear and excitement. and hallucinatory disturbances were observed. The most common type of postpartum psychosis in women is postpartum depression, with the onset of depressive states 7 to 20 days after birth. Initially, lethargy, general weakness, insomnia, mood swings, and temptations of self-blame emerged. In addition to taking psychotropic medications to stop the lactation period, all patients received 5 mg of bromocriptine per day for 5 to 10 days. The average duration of hospitalization of patients with postpartum psychosis was 34 days. All patients were discharged from the hospital with improvement in mood. The mental state of the patients is indifferent to their appearance, their hair is not combed, they do not look at themselves. He doesn't stay in one place, he tries to go somewhere, he talks to himself. Patients sometimes get angry, punch the wall, the table, insult those around with obscene words. She said she heard different voices in her ear, male and female voices mocking her, calling her a bad mother. His roommates believe he is being watched, videotaped, discussed. According to him, the medical staff tried to poison him and therefore refused to eat. The husband believes he hired some people to kill his child.

For therapeutic purposes, 100 mg intramuscular levomepromazine per day, up to 15 mg per day galoperidol (5 mg intravenously in the morning, 5 mg intramuscularly at lunch and in the evening), 6 mg triglycephenidil per day for 7 days, but the onset of neuroleptic syndrome required discontinuation of mandatory galoperidol and levomepromazine. The patient was switched to ketiapine (ketilept), the daily dose was 25 mg, and astasekin was increased to 150 mg per day. In the background of treatment, a decrease in depression and aggression, normalization of sleep, hallucinations and a decrease in tempting ideas were noted. A dose of 50 mg of ketiapine per day was prescribed continuously to continue treatment and rehabilitation.

Conclusions: 1. Postpartum psychosis is a very rare mental illness of a polymorphic nature: from a behavioral disorder in the form of anxiety, to an emotionally unstable state, leading to pre-psychosis with a change in consciousness. 2. Treatment of postpartum psychosis depends to some extent on the characteristics of the leading psychopathological syndrome. Stopping lactation has a beneficial effect on the outcome of postpartum psychosis.

3. The use of atypical neuroleptic (ketiapine) drugs has shown high efficacy in the treatment of postpartum psychoses.

EFFECTS OF EXOGENOUS PSYCHOLOGICAL EFFECTS ON ALCOHOL CONSUMPTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC

*Turaev B.T., Khasanova N.Sh.
Samarkand State Medical University*

Relevance of the topic. The COVID-19 pandemic has led to a number of restrictive measures in the community, including quarantine measures, social distance, and voluntary isolation. Staying home during the COVID-19 pandemic can have a major impact on mental health and psychoactive substance use behaviors among the population. Preliminary studies on the effects of the COVID-19 pandemic and alcohol restriction show that changes in alcohol abuse occurred during the pandemic, but this led to an overall increase in consumption. did not come. Natural or environmental disasters are often associated with mental and behavioral disorders such as depression, anxiety, and psychoactive substance use. Recent literature, especially among young people, has shown that anxiety, depression, sleep disorders, alcohol consumption, and mental well-being are lower than normal. Changes in physiological stress increase the risk of alcohol consumption. Extensive pandemic-related conditions or mental health vulnerabilities can affect changes in alcohol consumption, especially psychoactive substances to overcome the challenges posed by pandemic-related abnormal conditions can be used.

The purpose of the study. To study the effects of social and psychological factors on alcohol consumption during the COVID-19 pandemic.

Research methods. The study was conducted on the basis of the Samarkand Regional Narcology Dispensary and the Samarkand City Multidisciplinary Polyclinic on the basis of anamnestic data after the period of the pandemic COVID-19 in 2020-2021 on the basis of a survey of 140 participants. The subjects were divided into two groups. The Samarkand Regional Narcological Dispensary (ICD-10) selected 80 patients who were and are being treated for F10.2 stage 2 alcoholism. The control group was selected from the anamnesis of 60 individuals who consumed (epizootically) alcoholic beverages during holidays and weddings. The mean age of the participants ranged from 24 to 52 years, 33.67 ± 5.35 years. Research methods include socio-demographic (marital status), occupational status during quarantine (work at home, regular job and unemployed), and loss of financial income. The frequency and amount of alcohol consumption was assessed using an adapted version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), with scores ranging from 1 (never) to 5 (daily); quantity (min = 1; max = 5). Participants reported that they drank alcohol during quarantine alone, with a partner, with online friends, or with friends outdoors, and that they had more time to spend almost time with friends due to boredom. drinks were consumed due to stress or for recreation and other surveys were conducted.

Research results. 11.25% of the main group of respondents were unmarried during their lifetime, 25% were divorced or did not live together, 63.75% were married (90% of them had children under 18), 10% had no children or all children were 18 older than In the control group, 10% were unmarried, 5% were divorced, and 85% were married (95% had young children under 18).

When the occupational situation (domestic work and unemployment) was checked during quarantine, the following indicators were found in the groups. In the main group, 20% of respondents were forced to work from home. 20% of regular work remained unchanged (those engaged in agriculture and animal husbandry). 60% of patients reported being separated from work or source of income. An inspection of the control group revealed the

following changes. 38.3% were forced to work from home, 33.3% were out of regular work, and 28.4% were out of work or source of income.

In the main group, the amount of drinking did not change in 30%, but the frequency changed, in 60% the amount and frequency increased in parallel, and decreased by 10% (due to financial difficulties). Depending on the frequency of drinking, 30% in the main group at least 2-4 times a week, 40% almost every day, 30% every day. When the method of use was studied, 10% consumed alcohol with a partner, 60% alone and 30% with friends outdoors (in violation of quarantine rules).

In the control group, 50% of drinking did not change, but the frequency changed, increased by 30%, and decreased by 20%. According to the frequency of drinking, 32.95% never consumed alcohol, 29.5% once a week, 31.25% 2-4 times a week, 6.3% almost every day. When the use was studied, 20% consumed alcohol with a partner, 30% with friends, 40% alone and 10% with outdoor friends.

In the main group, 50% of those who believed that alcohol consumption increased during quarantine had more time to relax than alcohol, 40 percent said they had more time than before, and 10 percent said they spent time with friends. explained that they drank for. In the control group, 48.33% had more time than before, with 30% citing boredom and 21.67% worried about a pandemic.

Those who believed that individuals who worked at home during quarantine caused an increase in alcohol consumption accounted for 80% in the main group and 60% in the control group.

During the COVID-19 pandemic, the presence of children under the age of 18 at home was found to increase alcohol consumption by 60% and 50%, respectively, in both groups.

Conclusion. In summary, the socioeconomic challenges and changes observed in the COVID-19 pandemic had a significant impact on alcohol consumption levels. The main reason for the increase in alcohol consumption in the main group of patients, ie patients with alcoholism, was the presence of young children in the family, the need to stay at home and work at home, rest, loss of income. Alcohol consumption also increased significantly in the control group. The main reasons for this are changes in work schedules, such as working at home, having children under the age of 18, and increased anxiety during boredom and pandemics.

PATHOGENETIC AND COMBINED TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA WITH DRUGS THAT ENHANCE ERYTHROPOIESIS

Umurzaqova R.Z., Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X.

Nishonova N.A. Ahmedova H.Yu.

*Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Throughout the development of the entire history of medicine, the treatment and prevention of iron deficiency anemia has always remained an urgent health problem. Treatment of iron deficiency anemia in the vast majority of cases is not difficult. Clinical experience proves that iron-deficiency anemia is not always treated correctly. Until now, a standard approach to the treatment of iron deficiency anemia has been widely adopted.

Usually they start with high doses of oral medications and, without waiting for the effect, proceed to parenteral administration and finish treatment with blood transfusion. Although the hemoglobin content increases rapidly after blood transfusions, this increase is temporary. Utilization of iron contained in transfused blood is more limited than when using medicinal iron.

Currently, it has been established that iron preparations for parenteral use can cause allergic reactions, infiltrates, as well as excessive accumulation of iron in the body.

The purpose of the study. The purpose of this work is to evaluate the effectiveness of complex therapy of iron deficiency anemia with vitamins together with iron salts and to compare the results of this treatment with therapy with iron preparations alone.

Materials and methods of research. 250 women aged 16-55 years suffering from iron deficiency anemia were under observation. 175 of them had chronic posthemorrhagic iron deficiency anemia associated with copious and prolonged menstrual blood loss. 75 have iron deficiency anemia detected during pregnancy.

The results of the study. Treatment of iron deficiency anemia with one iron preparation leads to the same normalization of peripheral blood and serum iron indicators as complex therapy with vitamins together with iron salts.

The rate of increase in hematological parameters and the duration of treatment did not differ in the groups of patients receiving, in addition to iron lactate, a combination of iron with a number of B vitamins, folic acid and copper sulfate.

Iron preparations for internal use lead to the same normalization of hematological parameters as iron preparations for injection, Parenteral iron preparations cause severe allergic reactions in 1-2% of cases and abscesses at the injection site are observed in 5-6%.

Treatment of iron deficiency anemia with an increased dose of iron lactate will lead to rapid normalization of hemoglobin, erythrocytes and serum iron. Side effects from the gastrointestinal tract were noted in 20% of patients.

In pregnant women with iron deficiency anemia, vitamin preparations, folic acid and copper do not enhance the effects of iron salts. The rate of increase in hematological parameters does not depend on the route of iron administration — inside or in the form of injections.

After normalization of hemoglobin, further therapy with iron preparations in small doses makes the result of treatment more stable. It is advisable to carry out maintenance treatment with iron preparations for three months* continuously, and then one week of each month after the end of menstruation for at least six months

The iron reserves in the body are not affected by the route of iron administration — oral or parenteral. The level of serum ferritin is directly related to the intensity of menstrual blood loss, the duration of treatment and maintenance therapy.

Conclusion. The results obtained indicate that the treatment of iron deficiency anemia with iron salts in combination with other drugs or the use of parenteral iron preparations has no advantages over therapy with a single iron preparation for oral administration. The expediency of maintenance treatment with iron preparations after normalization of hemoglobin for three months has been shown.

It is advisable to use the materials of the work in the practice of outpatient clinics, women's consultations, gynecological and maternity departments, as well as in lectures and seminars at medical institutes and institutes of advanced medical training.

PROGNOSTIC VALUE OF STAT3 PROTEIN EXPRESSION IN DIFFUSE B5 LARGE CELL LYMPHOMA

*Umurzaqova R.Z., Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X., Nishonova N.A.
Ahmedova H.Yu.*

*Department of Hospital Therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Diffuse B-large cell lymphoma (DVCCCL) is the most common variant of adult lymphoproliferative diseases (30-40% of all non-Hodgkin's lymphomas). This nosology combines a heterogeneous group of lymphoid neoplasias with various morphological, immunophenotypic, genetic characteristics, as well as a variable clinical course and response to therapy.

The standard therapeutic approach for this disease is immunochemotherapy according to the R-CHOP scheme, the use of which has significantly improved the indicators of 5-year overall survival. Despite this, in a significant part of patients, the results of treatment remain unsatisfactory. According to various authors, 30-50% of patients have no chance of long-term remission: the disease remains refractory to treatment or recurs early.

The purpose of the study. To evaluate the prognostic value of STAT3 protein expression in patients with diffuse B-large cell lymphoma.

Materials and methods. The retrospective study included 50 patients (28 men and 22 women) with a newly diagnosed DVCCL who were treated at the ASMI clinic from 2021 to 2022. All patients received standard first-line therapy according to the R-CHOP scheme. The median age was 59 years (from 31 to 83 years).

The results of the study. Immunohistochemical studies were performed on biopsy samples of tumor tissue and lymph nodes using an antibody to STAT3 (pSTAT3-Tyr705) according to a generally accepted method. Based on the analysis of literature data and the results of their own research, all patients were divided into two groups depending on the number of STAT3 positive tumor cells, their threshold level was 66%. The first group included 34 subjects (68%) with protein overexpression (66% and higher), the second group included 16 (32%) with a low degree of marker expression (less than 66% of cells). Overall and non-progressive survival was calculated using the Kaplan-Meyer method with graphical construction of survival curves. Comparative analysis of the indicators was carried out using a logarithmic rank criterion (log-rang test).

In the group with STAT3 overexpression, the 3-year overall survival of patients was significantly lower than in the group with low expression of this marker (53%, $n = 18$, median follow-up = 30 months vs. 94%, $n = 15$, median not reached, $p = 0.004$). A similar pattern was found when assessing progression—free survival — 38% ($n = 13$) in cases with high expression of the STAT3 marker, 50% ($n = 8$) - with low, $p = 0.047$. Median progression-free survival in the first group corresponded to 8 months, in the second—26 months., that is, it was three times lower.

Conclusion. Overexpression of the STAT3 protein is associated with an unfavorable course of the disease in patients with DVCCL who received first-line therapy according to the R-CHOP scheme. The level of STAT3 expression can be used as an additional criterion to predict the response to standard therapy for this pathology.

DEVELOPMENT OF A QUESTIONNAIRE FOR MEDICAL SERVICE PROVIDERS TO TUBERCULOSIS PATIENTS

Uteshev M.S.¹, Parpieva N.N.¹, Alekseeva V.S.², Karamyan M.²

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Phthiology and Pulmonology, Tashkent, Uzbekistan

²National University of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

Relevance of the problem: The concept of the quality of medical services in phthiology occupies a key place at any level of medical care, and the issue of the quality of medical care for patients with tuberculosis is one of the main issues in organizing the activities of medical institutions. To solve the problem of improving the quality of medical care, various ways are proposed, certain mechanisms have been developed, among which is the system of accreditation of medical organizations, in which a special place is occupied by the development of appropriate methods for ensuring the quality of medical care, assessing compliance with the standards of the entire process of the medical organization and forecasting for a certain period maintaining this high quality of activity. Only because of the evaluation of the medical service, it is possible to confirm the achievement of positive results in the referral, which ensures the planned quality of medical care.

Purpose of the study: to study the spectrum of significance of the medical and social needs and needs of patients with tuberculosis, to develop measures to improve the level of medical services.

Material and research methods. When compiling the list of questions, the necessary requirements for the questionnaire were previously formulated:

- brevity.
- simplicity and unambiguity of questions.
- the possibility of self-filling by the respondent.
- Reliability of data obtained – maximum use of existing validated questionnaires and assessment scales.

Next, the available literature was analyzed using the E-library and PubMed databases to study the questionnaires previously used in patients with tuberculosis. Separately, validated questionnaires were studied to assess adherence to therapy. At the stage of preparing the questionnaires, a preliminary expanded list of questions was compiled, which was discussed with the management, the research team (sociologists). Based on the results of the discussion, the most important issues were highlighted, the wording was clarified. A version of the questionnaire has been prepared for practical testing in the polyclinic and TB service.

A questionnaire of 20 questions was developed. The questionnaire makes it possible to assess the following aspects: the presence of stigma and discrimination of the health care provider in relation to tuberculosis, to assess the development of the TB service and PHC in the country, to assess the knowledge of medical personnel about tuberculosis.

Research results. During the study, it is necessary to assess the quality of communication skills of health workers in the TB service and the general medical network. It should be taken into account that treating patients as partners, providing them with psychological support and using a more personalized approach to TB education will help build patient confidence in health care workers and will help to significantly reduce treatment dropout rates.

Conclusion: The developed questionnaire allows, from the position of a researcher, to evaluate the mutual work of PHC and the TB service, the assessment of stigma and discrimination among medical workers, and the quality of specialized medical care.

O'SMIRLIK YOSHIDA ARTERIAL GIPERTENSIYADA YURAK URISH TEZLIGINI AVTONOM TARTIBGA SOLISHNING XUSUSIYATLARI

Valiyeva Z.S.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Ikkinchisi haqida gapirganda, shuni ta'kidlash kerakki, normal qon bosimi bo'lgan odamlarda HRV bo'yicha tadqiqotlarda biz yuqori normal BP bo'lgan shaxslarni tanlash uchun maxsus ko'rsatkichlarni va shunga mos ravishda ushbu toifadagi sub'ektlarda HRV bo'yicha ma'lumotlarni topmadik.

Tadqiqot maqsadi: yoshlarda gipertenziya shakllanishining dastlabki bosqichlarida yurak urish tezligini vegetativ tartibga solish xususiyatlarini qiyosiy o'rganish.

Materiallar va uslublar. Ambulator sharoitda 102 nafar erkak ko'rikdan o'tkazildi, ular 3 guruhga bo'lingan. 1-guruh (nazorat) optimal qon bosimi (<120/80 mm Hg) va normal qon bosimi (120-129/80-84 mm Hg) bo'lgan 32 kishi (o'rtacha yoshi 24,5±3,6 yil) st). 2-guruhga (34 kishi, o'rtacha yoshi 27,1±3,0 yil) yuqori normal qon bosimi (<130-139/85-89 mm Hg) bo'lgan odamlar kiradi. 3-guruh 1-darajali AH (BP>140-159 / 90-99 mmHg) bo'lgan 36 kishidan (o'rtacha yoshi 28,4±2,4 yosh) tuzilgan bo'lib, sub'ektni u yoki bu guruhga kiritish BP o'lchov idorasi natijalariga asoslangan. va oldingi tibbiy yozuvlarni tekshirish.

Tadqiqot natijalari. Bizning natijalarimiz ma'lumotlarni tasdiqlaydi, unga ko'ra AH rivojlanishi HRVning pasayishi bilan birga keladi (shu bilan birga, qon bosimi ortishi bilan

tartibga solish tizimlarining funktsional holatining o'zgarishi asosiymi yoki yo'qmi degan savolga javob. ikkinchi darajali ochiq qoladi va unga javob, shubhasiz, faqat qo'shimcha uzoq muddatli tadqiqotlar bilan olinishi mumkin); bir vaqtning o'zida bir qator tadqiqotchilar gipertoniya rivojlanishi HRV ning oshishi bilan bog'liq yoki ikkinchisining o'zgarishi bilan bog'liq emas deb hisoblashadi; Ehtimol, bunday qarama-qarshiliklar HRV ko'rsatkichlarining yuqorida aytib o'tilgan noaniqligi va bugungi kunda ularni talqin qilish bo'yicha konsensusning yo'qligi, shuningdek, HRVni aniqlashda uslubiy yondashuvlardagi farqlar, gipertenziya patogeneziining murakkabligi va sub'ektlar kontingentlarini shakllantirish bilan bog'liq. .

Bizning tadqiqotimizda yurak nazoratini markazlashtirishning ortishi 1-guruhga qaraganda 2 va 3-guruhlarda SIning sezilarli darajada yuqori ko'rsatkichlari bilan tasdiqlanadi; 2 va 3-guruhlarda SDNN pasayishining yo'qligi (bu markazlashtirishning kuchayishi tezislari ham tasdiqlaydi), bizning fikrimizcha, ushbu ko'rsatkichning 5 daqiqali yozuv bilan ma'lumotlarning etarli emasligi bilan izohlanadi. Bizning fikrimizcha, uni 24 soatlik monitoring natijalari asosida baholashni talab qiladi.

Yurak urish tezligini nazorat qilishning ortib borayotgan markazlashuvi rivojlanayotgan avtonom nomutanosiblikka javobmi yoki ikkinchisi markazlashtirishning rivojlanishining natijasimi, degan savol qo'shimcha o'rganishni talab qiladi.

Xulosa. Shunday qilib, gipertoniya rivojlanishi simpatik kuchayish va parasempatik faollikning pasayishi, shuningdek yurak urish tezligini nazorat qilishni markazlashtirishdan iborat HRV o'zgarishlari bilan birga keladi; bu o'zgarishlar odatdagidan yuqori normal qon bosimiga o'tish bilan boshlanadi.

PECULIARITIES OF STRUCTURAL REMODELING OF THE ATRIUM WITH AFIBILITY

Valieva Z.S.

*Department of propaedeutics of internal diseases
Andijan State Medical Institute*

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

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

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

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

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

The most pronounced violations of contractility of the left and right atria (EF LA 44.5%, EF PP 39.2%) and their least elasticity (passive atrial ejection fraction less than 50%) are determined in patients with atrial fibrillation, which

fundamentally distinguishes them from hypertensive patients without atrial fibrillation and healthy volunteers.

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

Myocardial fibrosis of the left atrium in healthy volunteers is characterized by low severity (on average, up to 3.5% of myocardial volume) and predominant localization in the region of the posterior wall of the left atrium, adjacent to the mitral valve ring.

Comprehensive characterization of the "phenotype" of the atria in patients with atrial fibrillation includes the determination of such indicators as the ejection fraction of both atria, the severity of focal fibrosis of the left atrial myocardium according to MRI with delayed contrast enhancement, and the ratio of serum concentrations of type 1 matrix metalloproteinase and tissue inhibitor of metalloproteinases 1 type.

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

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

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

FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION AND KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH METABOLIC DISORDERS

Vepritskaya E.V.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, there is undoubtedly a high urgency of the problem of metabolic syndrome (MS), which is due to its high prevalence, the variety of clinical manifestations, and the negative impact on cardiovascular risk.

The purpose of the study. To study and analyze the features of arterial hypertension and kidney function in patients with metabolic disorders.

Materials and methods of research. To accomplish this task, we studied and analyzed the characteristics of arterial hypertension and kidney activity in 65 patients with metabolic disorders.

The results of the study. Burdened heredity for cardiovascular diseases (CVD) was detected in 90% of patients. 20.4% (n = 9) of patients smoked. Hypertension was diagnosed in all patients. The average duration of the disease was 4.57 ± 2.58 years. The initial level of systolic blood pressure (SAD) on average was 144.68 ± 8.63 mmHg, diastolic blood pressure (DAD) – 96.37 ± 5.37 mmHg. BMI on average corresponded to 36.97 ± 6.95 kg/m². Obesity of the 1st degree was detected in 39.5% (n = 18), grade 2 in 32.5% (n = 14), grade 3 in 28% (n = 12), gender differences were not obtained. The waist size (FROM) in men was 112.43 ± 10.03 cm, in women 109.51 ± 15.12 cm (p > 0.05). The average plasma glucose level is 5.61 ± 0.64 mmol/l. Impaired glucose tolerance was found in 22.7% (n = 10) of patients, 45.5% (n

= 20) were diagnosed with impaired fasting glycemia. The average insulin level was $15.21 \pm 8.03 \mu\text{ed/ml}$, the HOMA-IR index was 3.87 ± 0.74 ; creatinine level – $80.78 \pm 16.06 \text{ mmol/l}$, uric acid level – $375.67 \pm 81.04 \text{ mmol/l}$ (in men, uric acid concentration was significantly higher ($440.76 \pm 72.04 \text{ mmol/L}$) than in women ($302.52 \pm 82.29 \text{ mmol/l}$) $p < 0.05$) (Table).

A direct correlation was found between BMI and insulin level ($r = 0.34$, $p < 0.05$), BMI and HOMA-IR index ($r = 0.36$, $p < 0.05$). There was a direct correlation between the level of uric acid and LDL ($r = 0.39$, $p = 0.04$), the level of uric acid and creatinine ($r = 0.45$, $p = 0.03$), the level of LDL and glucose ($r = 0.4$, $p = 0.04$). A direct correlation was established between OT and insulin level ($r = 0.36$; $p = 0.03$), OT and the level of the HOMA-IR index ($r = 0.41$; $p = 0.04$), OT and the level of GFR1 ($r = 0.5$; $p = 0.03$).

When calculated using different formulas, GFR had the following values: GFR1 – $141 \pm 39 \text{ ml/min}$, GFR2 – $84.6 \pm 18 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, GFR3 – $90.5 \pm 20 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, while there were no significant differences between GFR2 and GFR3, while GFR1 was significantly higher than GFR2 and GFR3 ($p < 0.001$). In women, the average level of GFR1 was $135 \pm 28 \text{ ml/min}$, in men – $156 \pm 33 \text{ ml/min}$ ($p = 0.09$). GFR2 in women was $80.4 \pm 12 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, in men – $93.7 \pm 16 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ($p = 0.02$); GFR3 in women – $86.2 \pm 14 \text{ ml/min / 1.73 m}^2$, in men – $99.8 \pm 17 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ($p = 0.03$). An inverse correlation was established between GFR2, GFR3 and the level of DBP ($r = -0.34$, $p < 0.04$).

Conclusion. In patients with metabolic syndrome in conditions of insulin resistance, in addition to the traditional manifestations, there may be renal dysfunction, manifested in the early stages by changes in GFR, MAU and endothelial dysfunction.

The drugs of choice in MS patients, if necessary, correction of elevated blood pressure from the point of view of nephroprotective effects are ACE inhibitors and ARBs, which have metabolically neutral and organoprotective properties.

MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA VA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVILARNI TO‘G‘RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASIDAGI O‘RNI

Xasanov D.SH.

Andijon davlat tibbiyot instituti.

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‘shishi 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 rezektabeligini baholashda ultratovush tekshiruv va magnit-rezonans tomografiya imkoniyatlarini o‘rganish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2019-2021 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 tekshiruvi 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 tekshiruvi o'sma jarayonining maxalliy tarqalish xolatini aniqlashda (96,9%), regional 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 tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.

ME'DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI.

Xasanov D.SH.

Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuni dolzarbligi: Me'da saratoni davolash zamonaviy onkologiyani dolzarb muuommolaridan bulib qolmoqda. Xozirgi kunda me'da saratoni dunyoda xavfli o'smalar keltirib chiqaruvchi o'lim ko'rsatkichi bo'yicha o'pka saratonidan so'ng 2-o'rinni egallab turibdi. Maxsus davu o'tkazilmagan disseminatsiyalashgan me'da saratoni bilan bemorlar yashovchanlik medianasi 3-4 oyni tashkil qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki bu bemorlarda ximioterapiya yashovchanlik kursatkichini 3 oydan 10 oygacha ortiradi.

Tadqiqot maxsadi: Disseminatsiyalashgan me'da saratoni davu natijalarini yaxshilash.

Material va uslublar: Tadqiqot 2018-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali ximioterapiya bo'limida disseminatsiyalashgan me'da saratoni tashxisi bilan davolangan 44 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan. Bemorlar 2 guruxga bo'linib o'rganilgan, 1-gurux PF. sxemada, 2-guruxga DCF sxemada ximioterapiya o'tkazilgan.

Tadqiqot natijalari: Birinchi guruxda ximioterapiya PF: Sisplatin 75 mg/m² 1- kun, 5-ftoruratsil 1000 mg/m² 1-5 kunlar rejimi qo'lanilgan, davu kurs xar 4 haftada takrorlangan. Ikkinchi guruxda ximioterapiya DCF: Dotsetaksel 75 mg/m² 1-kun, Sisplatin 75 mg/m² 1-kun, 5-ftoruratsil 750 mg/m² 1-4 kunlar rejimi qo'lanilgan, davu kurslar xar 4 haftada takrorlangan. Davu samaradorligi xar 4 haftada klinik va ultratovush, endoskopik tekshiruvlar yordamida baxolangan. Davu samaradorligini taxlil qilishda birlamchi o'sma lokalizatsiyasi, gistologik turi, differensirovka darajasi, aloxida metastazlar mavjudligi, bemor yoshi, jinsi, xamrox kasalliklari e'tiborga olindi.

O'tkazilgan davoga ob'ektiv javob 1-guruxda- 10,7%, 2-guruxda- 44,2%, jarayon stabilizatsiyasi 44,8%- 67,1%, xayot davomiyligi medianasi o'rtacha 8,5 oy, 12,2 oy, 1 yillik umumiy yashovchanlik 31,0% -46,1% birinchi va ikkinchi guruxda mos ravishda tashkil qilgan.

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

COVID BELGILARIDAN KEYINGI OSHQOZON-ICHAK TRAKTI KASALLIKLARINI ZAMONAVIY PROFILAKTIKA MASALALARI

Xolboboyeva Sh.A.

Farg'ona jamoat salomatligi institute

Kirish. Postkovidal sindrom-bu COVID-19 paytida yoki undan keyin rivojlanayotgan, 12 haftadan ko'p davom etadigan va boshqa muqobil tashxis bilan izohlanmagan davom

etadigan semptomlar majmuasi. O'tkir kasallikdan bir necha oy davomida tiklanganidan so'ng, bemorlar turli xil alomatlariga duch kelishi mumkin, ularning ba'zilari koronavirus infeksiyasiga xosdir. Postokovidal sindrom zamonaviy terapevtik amaliyotda yangi, kam o'rganilgan hodisadir, ammo bunga qaramay, u jahon tibbiy hamjamiyati tomonidan e'tirof etilgan va ICD-10ga qo'shilgan.

COVID-19 paytida oshqozon-ichak trakti va jigarining zararlanishi virusning o'zi va koronavirus infeksiyasini davolash uchun ishlatiladigan dori vositalarining ta'siri bilan bog'liq. Virusli infeksiya bilan oshqozon-ichak traktining mag'lubiyati SARS-CoV-2 virusiga kira oladigan maqsadli hujayralar yuqori nafas yo'llarining, oshqozon va ichakning shilliq qavatida joylashganligi bilan bog'liq. Bundan tashqari, ichak hujayralariga kirib, virus ichak devorining o'tkazuvchanligini oshiradi va shuning uchun ham yallig'lanishga olib keladigan jigarga kiradi.

Tadqiqotning maqsadi. Kovid belgilaridan keyingi oshqozon-ichak trakti kasalliklarini zamonaviy profilaktika masalalarini o'rganishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari. Muammoni hal qilish uchun, biz COVID-19 ga chalingan jami 35 nafar oshqozon-ichak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning tekshirdik.

Tadqiqot natijalari. PPI bilan davolanagan 179 keksa bemorlarda retrospektiv tekshiruvda SARS-CoV-2 infeksiyasi va COVID-19 rivojlanishi ehtimoli PPI bilan davolanmagan bemorlarga nisbatan 2,3 marta kam (or 0,44, 95% Di 0,23–0,81) edi.

Koronavirus oilasi SARS-CoV-2 haqida kam ma'lumotga ega bo'lsa-da, jigarga bevosita ta'sir ko'rsatishi mumkin. SARS bilan kasallangan bemorlarning jigar to'qimalarining biopsiyasi natijasida olingan histologik materialda SARS epidemiyasi sababi sifatida aniqlangan SARS-CoV-1 infeksiyasiga ega bemorlarning 60% da jigar to'qimalariga zarar yetkazilganligi mitoz va apoptozning oshishi bilan birga ijobiy polimeraza zanjir reaksiyasi bilan birga, teskari transkripsiyaga, tegishli koronavirus infeksiyasiga bog'liq SARS bilan .

Genom SARS-COV-2 82% da SARS-CoV-1 genomiga o'xshash, shuning uchun COVID-19 infeksiyasi bo'lgan bemorlarda virusli infeksiya natijasida to'g'ridan-to'g'ri jigar shikastlanishi ham mumkin. Biroq, adabiyotda tasvirlangan SARS-CoV-2 virusi genomining otopsiyasi bemorning jigar to'qimasida topilmadi.

COVID-53 infeksiyali bemorlarning 19% da kamida bitta biokimyoviy jigar markerining normasidan chetga chiqish aniqlandi. Xitoy olimlarining tadqiqot guruhi ma'lumotlariga ko'ra, jigar shikastlanishi asosan mo " tadil sitolitik sindrom shaklida namoyon bo'ladi, xolestaz sindromi kamroq uchraydi.

AST va ALT darajalarining o'sishi 22 va 21% hollarda, gidroksidi fosfat va gamma-glutamyltranspeptidaz – 4 va 18% hollarda navbati bilan qayd etilgan. Bemorlarning faqat 5% da oldindan mavjud bo'lgan jigar kasalligi kuzatildi, bu jigarining biokimyoviy markerlarida infeksiya bilan to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlikni ko'rsatadi. Qizig'i shundaki, RNK tartiblash usuli yordamida o'rganish gepatotsitlarga nisbatan xolangiotsitlarda Ace 2 ning yuqori ifodasini ko'rsatdi. Tadqiqotchilar SARS-CoV-2 ning intrahepatik safro yo'llarining bevosita shikastlanishiga olib kelishi mumkinligini taxmin qilishdi.

Xulosa. Shunday qilib, chop etilgan ma'lumotlar juda ziddiyatli. STI olgan bemorlarda ko'plab infeksiyalarni ko'rsatadigan tadqiqotda, bemorlarning deyarli 50% da kislotasuppressif terapiya uchun aniq ko'rsatma yo'q edi. Bu yana bir bor COVID-19 davrida dori-darmonlarni faqat ko'rsatmalarga muvofiq belgilash zarurligini ta'kidlaydi.

HODJKIN LIMFOMASI KENG TARQALGAN AHOLI POPULYATSIYASI ORASIDA OSTEOPOROZ MUAMMOSI

*Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh. Dj., Sotvoldiyev B.M., Tojiddinov H.S.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Kirish. Hozirgi vaqtda LX nafaqat erta bosqichlarda, balki keng tarqalgan bosqichlarda ham davolanishi mumkin bo'lgan kasallikka aylandi. Uzoq umr ko'rish davomiyligi ko'p komponentli kemoterapi ishlab chiqish orqali erishildi, bu esa bemorlarning ushbu toifasidagi hayot uchun prognozni sezilarli darajada o'zgartirdi, ammo antitumor terapiyaning uzoq muddatli ta'siri gematologik jamoa uchun muhim muammo bo'lib qolmoqda. Terapiyaning oqibatlaridan biri suyak tuzilishini o'zgartirish bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda to'plangan ma'lumotlar lenfoproliferativ kasalliklarga chalingan bemorlarda, ayniqsa LX bilan osteoporozning yuqori chastotasini ko'rsatadi.

Tadqiqotning maqsadi. Hodgkin lenfoma (LX) ning keng tarqalgan bosqichlari bo'lgan bemorlarda suyak mineral zichligi (iPC) holatini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Dizayn: bir vaqtning o'zida (oqsoqollar) kuzatish. Organish 19 70 yilgacha, admi klinikasida kuzatilgan III–IV bosqich LH (19 (39,6 %) erkaklar, 29 (60,4 %) ayollar bilan 48 bemorlarni o'z ichiga oladi. Ushbu toifadagi bemorlarda LX boshlanishining o'rtacha yoshi 33 [26; 44] yil, kasallikning davomiyligi-7,5 yil.

Tadqiqot natijalari. LH III–IV bosqichlarida bilan bemorlarning 23 (47,9 %) da DXA natijalariga ko'ra iPC bir pasayishiga qayd etdi. Osteoporozli bemorlar odatda kattaroq bo'lib, normal iPC bilan og'rikan bemorlarga nisbatan kamroq BMI bor edi. FRAX ma'lumotlariga ko'ra, past energiyali asosiy yoriqlar va kestirib, kirklar o'n yillik xavfi, osteoporoz va osteopeniya bilan og'rikan bemorlarda normal MPC ($p < 0,05$) bo'lgan LH bemorlarga nisbatan yuqori bo'ldi. Kombinatsiyalangan terapiya olgan LX kasalliklarida densitometrik ko'rsatkichlarni baholashda ko'p hollarda ($CH2 = 6,23$; $p = 0,0271$) faqat PCT olgan bemorlarga nisbatan MPC pasayishi aniqlandi. Ototgsk bilan o'tkazilgan bemorda osteopeniya mavjud. GCS (60,1%) o'z ichiga olgan PCT sxemalarini olgan bemorlarning yarmidan ko'pi IPKDA pasayish kuzatildi. 50 yoshdan katta bo'lgan va postmenopozal ayollarda osteoporozning eng tez-tez lokalizatsiyasi femur bo'yni bo'lib, keng tarqalgan bosqichlardagi yosh bemorlarda lomber o'murtqa IPKDA pasayish qayd etilgan.

Xulosa. Kombinatsiyalashgan terapiya va PCB protokollarini, shu jumladan GCS, LX ning umumiy bosqichlari bo'lgan bemorlarda MPC ning pasayishi bilan ijobiy bog'liq.

IMPLEMENTATION PIRATSIN-RG DRUG IN THE TREATMENT OF VITILIGO

*Yakubova M.A
Andijan State Medical Institute*

Introduction. One of the important problems in dermatology constitute a violation of skin pigmentation (dyschromia), which accounted for about 10 of all cosmetic ailments. In practical terms, the most significant disease from the group dyschromia considered vitiligo, occurring in 1 of the population. The increasing interest of researchers to the problem

dyschromia in recent years due to increased number of patients around the world, including in Uzbekistan.

Objective. Given the diversity of pathogenic factors in patients with vitiligo for the treatment of the disease suggested various methods: medical therapy, physiotherapy, psycho-vegetative correction, external agents. However, most of them were ineffective.

Materials and methods. We have for the treatment of vitiligo has been applied a new drug Piratsin-RG strengthens the immune system and increases the regenerative capacity of the body. In 21 patients with vitiligo, studied the effectiveness PIRATSIN-RG, with combined therapy. Of these 21 patients, 13 were female and 8 were male. The patients' age from 27 to 45 years. Lesions in 7 patients have been limited (2-3ochaga), 8 multiple (5-7 foci), the remaining patients the skin process was prevalent. Patients Piratsin-RG taken 1ml injection in \ m, every day, for a course of 20 vials. After a month break, repeat the course, only performed 2-3 courses. Simultaneously topically applied ointment or solution melonokol psoralen followed by UV irradiation.

Results. After treatment in patients with limited lesions (in all 5 patients) clinical recovery occurred, and in patients with multiple lesions and common form occurred a significant improvement. Conclusions: Thus, Piratsin-RG can be recommended for complex treatment of patients with vitiligo, especially in limited forms.

COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH INFILTRATIVE-SUPPORTIVE FORM TRIHOFITII ESZOLOM

Yakubova M.A
Andijan State Medical Institute

Introduction. Mushrooms are widely spread in nature. The problem of treatment of fungal infections of the skin has always been important. Objective: To study the effectiveness of "Eszol" in patients with mycosis.

Materials and Methods: We studied the medical records of 18 patients aged 6 to 42 years (11 patients, male, 7 female) were treated in the department of Andijan region fungus in skin and venereal dispensary about infiltrative - supportive trihofitii. Of these, a process localized smooth skin, including patients in the pubic region 10, in the hairy part of the combined (head, smooth skin), 8 patients with defeat, was conducted bacteriological research. In all patients, the diagnosis was confirmed by laboratory detection in smears mycelium. "Eszol" Treatment of scrap wire inside on 200 mg 2 times a day, diazolin 0.1 twice a day. Naruzhno10 ihthyolitis% ointment 33% sulfuric ointment under the bandage.

Results: During the treatment of festering stopped by an average of 7 days, peeling disappeared on day 10, infiltration has resolved na13 day of treatment, leaving a brownish pigmentation of the skin. The negative result of mycological obtained an average of 16 days of treatment, followed by treatment Eszolom continued for 6 days. Before achieving two consecutive negative mycological results.

Conclusion: Thus, an effective Eszol preparation and shortens treatment time in patients with infiltrative-supportive trichophytosis for 2-3 days.

USED FLYUKOREM FOR THE PREVENTION OF CANDIDIASIS IN PATIENTS WITH TRUE PEMPHIGUS.

Yakubova M.A
Andijan State Medical Institute

Introduction. In candidiasis other than long-term use of antibiotics, especially broad-spectrum, are also important, and the administration of drugs acting immunosuppressive, particularly corticosteroids. Immunosuppressant contribute, weakened immune protection of the organism and thus lead to the development of forces candidiasis, which makes it difficult and worsens the skin, in which a long time and at high doses necessary, designate corticosteroids refers true pemphigus. Patients with true pemphigus, especially in the presence of lesions of the oral mucosa, candidiasis is often observed defeat. It is getting worse by the course of the pathological process in the mucosa, erosion keeps longer, delayed epithelialization.

Objective: For the prevention of candidiasis in patients with true pemphigus, while receiving high-dose corticosteroids, often used teknazol, itrakol and other drugs. Materials and methods: We have 14 patients with true pemphigus while receiving corticosteroids in shock doses for prophylaxis of candidiasis applied Flyukorem, Of the 14 male patients were 8 women 6 people. 8 patients were vulgar pemphigus, 8 venetians' form of pemphigus. For comparison we have chosen 8 patients who did not receive prophylactic treatment against candidiasis. Patients Flyukorem administered at 50 mg once a day, for 7 to 28 days, depending on the severity of the underlying disease and the applied dose of corticosteroid hormones.

Conclusions: During treatment, all 14 patients who took defeat Flyukorem candidiasis oral mucosa is not observed, the erosion of oral mucous membranes epithelialization 4-5 days earlier than patients who do not primate preventive treatment against a background of corticosteroid therapy, in 3 developed candidiasis oral mucosa.

SUCCESSFUL TREATMENT OF THE DRUG IN DIBAZOL SHINGLES

Yakubova M.A
Andijan State Medical Institute

Introduction. Shingles causes a neurotrophic virus filtering Strongiloplasma zone, which antigenic structure and the ability to grow on human embryonic tissues is similar to the virus vermicelli or identical to it. The case of children chickenpox disease after contact with sick shingles confirm the closeness of these strains.

After an incubation period (7-9 days) is shown dermatoid Group eruptions of bubbles located on hyperemic skin areas against on one or more neural segments. Rash preceded by prodromal phenomena: paroxysmal pain, along the nerve trunks, burning, redness of affected places, general weakness, fever, headache.

Apply Dibazolium spasm of blood vessels (exacerbation of hypertension, hypertensive crises), and smooth muscles of internal organs (stomach ulcer, pyloric spasms and intestines, etc.), as well as in the treatment of nervous diseases, primarily polio sequel, peripheral facial nerve paralysis, etc..

Objective: As can be seen from the above, when patients shingles pain bothers the major neuralgic character. Accepted analgesic drugs (baralgin, etodin forte, ketotifen, doleks et al.) Do not provide therapeutic effects. So before physicians cost problem, the use of new and more effective analgesics for the treatment of patients. Taking into account the above-mentioned contact drug-Dibazolium applied. Results: In 11 patients with drug shingles apeal 1 tablet (0.005) 2 times a day (2 hours before meals) for 7 days, against antiviral drugs. When applying for the above scheme dibazola, neuralgic pain in the lesions decreased in 6 patients on the 4-5 day of treatment, and the remaining patients on the 6-7 day.

Conclusions: Thus, Dibazolium an effective remedy and can be used in the treatment of patients with herpes zoster.

IMPLEMENTATION PIRATSIN-RG DRUG IN THE TREATMENT OF VITILIGO

Yakubova M.A
Andijan State Medical Institute

Introduction. One of the important problems in dermatology constitute a violation of skin pigmentation (dyschromia), which accounted for about 10 of all cosmetic ailments. In practical terms, the most significant disease from the group dyschromia considered vitiligo, occurring in 1 of the population. The increasing interest of researchers to the problem dyschromia in recent years due to increased number of patients around the world, including in Uzbekistan.

Objective: Given the diversity of pathogenic factors in patients with vitiligo for the treatment of the disease suggested various methods: medical therapy, physiotherapy, psycho-vegetative correction, external agents. However, most of them were ineffective. **Materials and methods:** We have for the treatment of vitiligo has been applied a new drug Piratsin-RG strengthens the immune system and increases the regenerative capacity of the body. In 21 patients with vitiligo, studied the effectiveness PIRATSIN-RG, with combined therapy. Of these 21 patients, 13 were female and 8 were male. The patients' age from 27 to 45 years. Lesions in 7 patients have been limited (2-3ochaga), 8 multiple (5-7 foci), the remaining patients the skin process was prevalent. Patients Piratsin-RG taken 1ml injection in \ m, every day, for a course of 20 vials. After a month break, repeat the course, only performed 2-3 courses. Simultaneously topically applied ointment or solution melonokol psoralen followed by UV irradiation. **Results** After treatment in patients with limited lesions (in all 5 patients) clinical recovery occurred, and in patients with multiple lesions and common form occurred a significant improvement.

Conclusions: Thus, Piratsin-RG can be recommended for complex treatment of patients with vitiligo, especially in limited forms

IMPORTANT METHODS OF PREVENTION OF COMORBID PATHOLOGY AND RISK FACTORS FOR MYOCARDIAL INFARCTION

YAMINOVA N.X.
THE FIRST DEPARTMENT PREPARING OF DOCTORS OF GENERAL PRACTICIONS.

Comorbid pathology is widespread in patients with myocardial infarction. One of the most relevant areas of modern cardiology is the study of the contribution of comorbidity to the prognosis in patients who have suffered a myocardial infarction, as well as the assessment of endothelial dysfunction, as one of the key links in the pathogenesis of atherosclerosis. The study included 106 patients with myocardial infarction.

Relevance. In modern society, there is still a high level of disability and mortality from cardiovascular pathology[4]. The probability of developing fatal cardiovascular complications increases with a variety of combinations of risk factors with comorbid conditions .

Mortality from cardiovascular diseases and their complications in the structure of total mortality is ranked first among the four main causes; and forИМIn particular, they are 50% higher than those from cerebrovascular diseases in general.

Annual mortality fromИММI is 2-3 % , and non-fatal myocardial infarction has a frequency of about 3 % . It is important to emphasize that mortality rates fromMI among male patients aged 45-74 years in Russia from 1965 to 1998 increased from 499 to 1152, and among women of the same age group-from237 to 402 per 100 thousand population.

Purpose of the study. To study regional features of the prevalence of major risk factors and the structure of comorbid pathology in patients with I M in order to optimize secondary prevention in patients with III M.

Materials and methods of research. The study included 106 MI patients. Inclusion was carried out with informed consent. Exclusion criteria: patient's age over 75 years, acute or chronic exogenous intoxication, patient's refusal to study.

Research results. All patients underwent a general clinical examination (blood analysis, including a lipid profile, echocardiography, and daily monitoring of the electrocardiogram). To assess the functional class (FC) of CHF, a six-minute walking test was used. On days 10-14 of MI, after 3, 6 months and 1 year, the functional state of the endothelium was determined by peripheral arterial tonometry (PAT) on the ENDORAT-2000 device with the ItamarMedicalLtd softwareItamarMedicalLtd.

In the RepublicUzbekistan patients with MI are mainly aged 50-59 years, they are characterized by low social integration; as well as low social security for the female contingent with MI.TO THEM;

The most common behavioral risk factors for SIM patients living in the republicThe main factors are eating disorders (100%), physical inactivity (53% with a predominance in women), and for men, smoking is added to these factors(24.3%).

Prevalence of major risk factors (AH, HHS, NUW) MTR has no gender differences, (AO) is more common in women, and the age of onset ofMI in women is less than in men.

Conclusion. To improve the diagnosis and correction of the main risk factors for CVD and concomitant diseases, it is necessary to expand programs to improve the knowledge of doctors and medical staff. It is also necessary to organize health schools for patients with comorbid conditions.

FEATURES OF COMORBID PATHOLOGY AND PREVENTION OF RISK FACTORS FOR MYOCARDIAL INFARCTION

Yaminova N.X.

*THE FIRST DEPARTMENT PREPARING OF DOCTORS OF GENERAL
PRACTICIONS.*

Relevance. Mortality from cardiovascular diseases and their complications in the structure of total mortality ranks first among the four main causes; and for IM in particular, they are 50% higher than those from cerebrovascular diseases in general.

MI is a pathological condition characterized by absolute or relative disruption of blood supply to the myocardium due to damage to the coronary arteries of the heart (defined by the World Health Organization, given in 1965).

This definition has not been changed recently. CVD pathogenetically associated with atherosclerosis, as well as their complications, are the leading cause of death and disability in Western Europe among adults, the United States and Japan, as well as in Russia.

Purpose of the study. To study regional features of the prevalence of major risk factors and the structure of comorbid pathology in patients with I M in order to optimize secondary prevention in patients with III M.

Materials and methods of research. The study included 106 MI patients. Inclusion was carried out with informed consent. Exclusion criteria: patient's age over 75 years, acute or chronic exogenous intoxication, patient's refusal to study.

Research results. The main efforts in correcting the RF of the MTR are aimed at achieving the target blood pressure level (57.4%), but due to the lack of proper laboratory control, the correction of hyperglycemia (34%) and hypercholesterolemia (7.5%) is extremely low.

Patients with SIM are most often diagnosed with diseases of the gastrointestinal tract and COPD. Gastric ulcer, urolithiasis, and COPD are detected twice as often in men with MI as in women ($p < 0,01$).

Somatic diseases have the highest reliable correlation with behavioral factors (eating disorders, inactivity, smoking, excessive alcohol intake) and AO, hypercholesterolemia, hyperglycemia, and hypertension.

Therefore, correction of CVD risk factors will not only reduce the risk of CVD, but will also contribute to achieving remission of comorbid diseases.

Conclusion. To improve the diagnosis and correction of the main risk factors for CVD and concomitant diseases, it is necessary to expand programs to improve the knowledge of doctors and medical staff. It is also necessary to organize health schools for patients with comorbid conditions.

ANALYSIS OF RESEARCH AND RESULTS OF CHORONOVIRUS INFECTION DIAGNOSIS IN ANDIZHAN REGION

*Yuldashev Ya.M., Mirzakarimova D.B.
Andijan State Medical Institute*

In recent years, COVID-19 infection, which has spread rapidly around the world, has spread to all parts of the world, leading to socio-economic disadvantages and serious loss of life and health. . To date (March 2022), the number of cases worldwide has increased by 445 million, and the daily incidence is 200-300 thousand people. One of the largest states has more than 81.1 million in the United States and more than 42.99 million in India. According to statistics, 29.3 million people in Brazil are ill. The death toll from the disease has risen to more than 6.06 million worldwide. COVID-19 infection has not bypassed our country, Uzbekistan. The number of patients in Uzbekistan exceeded 237,000, and the number of deaths was 1,637. Prevention, timely diagnosis and treatment of the disease have become an important task not only for medicine but also for the state. As COVID is one of the 19 new infectious diseases in the country, it is one of the most important and urgent issues in improving the clinical course of infection, timely diagnosis, complications and treatment.

The purpose of the study. Epidemiological analysis of polymerase chain reaction (PCR) tests for COVID-19 in Andijan region and their results.

Materials and methods. Retrospective epidemiological analysis of PCR tests and results conducted in the laboratory of the Andijan Regional Department of Sanitary Epidemiological Surveillance and Public Health. The specific features of COVID-19 strains prevalent in China, Russia, and Uzbekistan in 2019-2021 suggest that relatively mild, asymptomatic forms are more common if the clinical presentation of COVID-19 is taken into account, but this the figure is much higher, ends in death. Therefore, the importance of early diagnosis of the disease is very high. PCR analysis at all stages of the disease, as well as the fact that the tampon taken from the mucous membrane of the throat does not show a constant positive result, delays the confirmation of the disease. Of the 2,636 patients admitted to the Andijan Regional Infectious Diseases Hospital in October 2020, only 298 (11.30%) tested positive for SARS-CoV-2 RNA in the polymerase chain reaction test. Of the 386 PCR tests conducted in the laboratory of the Andijan Regional Department of Sanitary and Epidemiological Surveillance and Public Health in March 2020, 8 (2.1%), 30871 in April, 149 in May (0.5%) and 28829 in May. tasi (0.5%).), in June, 29,062 inspections revealed positive results in 32 (0.1%) cases.

Conclusion: Thus, PCR test is not sufficient in the detection of COVID-19 coronavirus, so epidemiological examination of the disease is expedient to use clinical and analytical biochemical, immunological and radiation diagnostics.

THE EFFECT OF APPLICATION OF PROBIOTIC AND LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENDED DIARRHEA

Yuldashev Ya.Yu.
Andijan State Medical Institute

Improving the treatment of patients with chronic exudative diarrhea is one of the most pressing issues in practical medicine today. It is known that dysbacteriosis observed in chronic diarrhea, in addition to the clinical course of the disease, also has a negative impact on the effectiveness of treatment. Intestinal dysbacteriosis is a complex pathological process that reduces the body's defenses as a result of both qualitative and quantitative violations of intestinal microecology. Treatment and prevention of diseases associated with dysbacteriosis has been used in practice since the time of II Mechnikov. Dairy products with biopreparations have been developed and used in various countries for the treatment and prevention of dysbacteriosis and chronic colitis. However, the biopreparations in these products are the same and the effectiveness is not high. The purpose of our study was to identify a new treatment that affects the pathogenetic process, restores the intestinal microflora and regenerates the intestinal mucosa in a short time. In our follow-up, there were 67 patients with chronic diarrhea aged 18 to 69 years, and the diagnosis was confirmed by anamnestic, clinical, analytical, and colonoscopic examination methods. inspection and materials. According to the purpose of the examination, the patients were divided into groups: the first 35 main and 32 control groups. Patients of both groups were in the same condition, the main group of patients was instructed to take 1 dose of enterogermin, Xilak-forte, Lacto-j 3 times a day for 25-30 days in addition to traditional treatment. At the same time using a device "Uzor" laser 1500 Gts. from the umbilical cord and the colon area to 6 points in 2 MINUTES for 12 days. Clinical analysis showed that by 7-9 days of treatment, the general condition of patients improved, weakness, dry mouth, loss of appetite, sleep disturbances, mood swings, nausea decreased significantly. Pathological appendages such as abdominal pain and fecal occultation, mucus, rock were removed 7-9 days earlier than in the control group. With the disappearance of the main clinical signs, the negative changes in the analysis and colonoscopy decreased and then normalized. In addition to the above, it should be noted that treatment with probiotics and laser therapy is cheap and convenient. The advantage of this method of treatment is that it is cost-effective and does not cause bad consequences. our proposed treatment method can be widely used in hospital and outpatient settings in the treatment of prolonged exudative diarrhea in practice.

FUNCTIONAL INDICATORS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND HYPERTENSION

Yuldasheva G.B.
Andijan State Medical Institute

The purpose of the study. To evaluate the effect of calcium channel blockers (BCC), angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors on FEV1 and blood pressure (BP) in patients with bronchial asthma in combination with hypertension (GB).

Materials and methods of research. The study included 38 patients with uncontrolled bronchial asthma with mild exacerbation in combination with stage 1 or 2 GB; FEV1 at the time of admission <60%; treatment in the hospital of BA at stage 4. Exclusion criteria: the presence of chronic obstructive pulmonary disease.

The results of the study. Patients at the time of admission and after 14 days of therapy were determined: FEV1 and BP. The sample was divided into 2 groups: group 1 - treatment of BCC; group 2 — treatment of aCEI.

The study sample consisted of 38 people, including 28 women and 10 men, with an average age of 54.6 ± 2.3 years (95% CI: 49.8—59.4 years). FEV1 — $55.4 \pm 3.6\%$ (95% CI 47.8— 62.3%). SAD 137 ± 3 mmHg (95% CI: 131-144 mmHg). DB 88 ± 1.7 mmHg (95% CI: 85-92 mmHg). Upon admission, there was no significant difference in FEV1 before ($t = 0.68$, $p > 0.05$) and after ($t = 0.84$, $p > 0.05$) inhalation between the study groups. After inhalation of the bronchodilator solution, the FEV1 index was significantly higher in group 1 ($t = 2$, $p < 0.05$). After 14 days, the FEV1 index significantly increased in both groups ($t = 2.69$; $t = 2.45$).

There were no significant differences between SAD and DAD at the time of admission and after inhalation of bronchodilator (t_2 , $p > 0.05$). With repeated measurement after 14 days in 100% of patients, blood pressure is 140/90 mm Hg.

Conclusions. BCC and ACE inhibitors are equally effective when combined with GB and BA. FEV1 is significantly higher against the background of the treatment of bronchial asthma in combination with GB BCC.

VEGETATIVE REGULATION OF HEART RHYTHM IN HEALTHY INDIVIDUALS AT REST AND UNDER FUNCTIONAL LOADS

Yuldasheva G.B.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Worldwide, lung diseases are one of the main causes of morbidity and mortality. According to existing data, about 4 million cases of the disease are diagnosed annually in the USA (20% of patients are hospitalized) and more than 3 million in the countries of the European Union. According to the data of the Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare of the Ministry of Health of the Russian Federation, in 2006, more than 520000 cases of community-acquired pneumonia (4.2 %/00) were registered in Russia among people over the age of 18.

In the USA, community-acquired pneumonia ranks 6th in the list of the main causes of death, and in the European Union — 4th, second only to coronary heart disease, cerebrovascular diseases and lung cancer.

In older age groups in the presence of concomitant diseases (chronic bronchitis / chronic obstructive pulmonary disease (COPD), malignant neoplasms, alcoholism, diabetes mellitus, kidney and liver diseases, cardiovascular diseases, etc.), as well as in cases of severe pneumonia, it reached 15-30%.

The purpose of the study. To evaluate the dynamics of autonomic regulation of heart rate during inpatient treatment of community-acquired pneumonia P).

Materials and methods of research. 67 patients with mild VP (nVP) and 12 patients with severe VP (tVP) were examined on the day of admission and after 14-16 days of inpatient treatment. 38 people were examined as part of the control group (KG).

The results of the study. Vegetative regulation of heart rate was assessed by studying heart rate variability. The average heart rate (HR) did not differ between the groups of patients with VP and had a value of 91.5 ± 1.8 /min. in the nVT group and 100.6 ± 4.4 /min. in the iVP group, after treatment, HR significantly decreased to 85.5 ± 1.7 /min. in the NVP group and 87.8 ± 2.7 /min in the tVP group.

At the end of treatment, the heart rate in both groups of VP was significantly ($p < 0.05$) higher than in KG — 77.7 ± 1.4 min. The standard deviation of SDNN cardiointervals at the beginning of treatment was significantly lower in the tVP group — 16.8 ± 3.1 ms² compared to 28.0 ± 2.1 in nVP and 46.4 ± 1.8 in KG. During recovery, this indicator increased in all groups of VP, however, in the group of tVP it remained at a lower level relative to the groups of nVP and KG.

Conclusion. Despite the positive clinical, functional and laboratory dynamics of the condition, patients with community-acquired pneumonia still have significant violations of the autonomic regulation of heart rhythm in the early recovery period.

LIMFOPROLIFERATIV KASALLIKLARDA ANEMIYANI DAVOLASHNING PATOGENETIK XUSUSIYATLARI VA IMKONIYATLARINI BAHOLASH

Yuldasheva N. E.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarlighi. Anemiya limfoproliferativ kasalliklarga chalingan bemorlarda og'ir va tez-tez uchraydigan asoratlardan biridir va bemorlarning taxminan 40-60% ga to'g'ri keladi. Ko'pincha kasallikning keng tarqalgan bosqichida aniqlanadi. Anemiya asosiy kasallikning namoyon bo'lishi mumkin, shuningdek, kemoterapi natijasi bo'lishi mumkin. Turli darajadagi anemiya deyarli barcha bemorlarda kuzatiladi, shundan keyin uning zo'ravonligi kuchayadi.

Shunday qilib, kamqonlik patogenezi tufayli o'simta hujayralari tomonidan suyak iligi infiltratsiyasi uchun gemopoez platsdarm torayishiga, amalga kemoterapi eritropoez ta'siri, shuningdek, buyrak xos hujayralari.

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi lenfoproliferativ kasalliklarga chalingan bemorlarda anemiya rivojlanishida eritropoetinning rolini o'rganish, shuningdek Hodgkin bo'lmagan lenfoma, surunkali lenfositik leykemiya va ko'p miyelomli bemorlarga tibbiy yordam sifatini yaxshilash, bu vaqt anemiya rivojlanishi bilan murakkablashdi, diagnostika, profilaktika va davolash usullarini takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Muammolarni hal qilish uchun tashxis qo'yish vaqtida lenfoproliferativ kasalliklarga chalingan bemorlarda anemiya tarqalishining retrospektiv tahlillari o'tkazildi, uning zo'ravonligi darajasini aniqlash. Limfoproliferativ yugon kasalligi debiyut 102 bemorlarning ma'lumotlarni tahlil.

Anemiya lenfoproliferativ kasalliklarning tez-tez asoratlari hisoblanadi. Anemiya surunkali lenfositik leykemiya va non-Hodgkin ning lenfoma bilan bemorlarning 81% bilan bemorlarning 63% ko'p miyelom bilan bemorlarning 58% aniqlandi. Anemiya birinchi marta aniqlangan lenfoproliferativ kasallikka chalingan bemorlarning 65% da topilgan.

Kemoterapi tuzatish talab anemiya rivojlanishiga hissa omillaridan biri hisoblanadi. Gemokomponentlarning transfüzyonu kemoterapi olgan lenfoproliferativ kasalliklarga chalingan bemorlarning 55% ga kerak.

LDL bo'lgan bemorlarda eritropoetinning nisbiy etishmovchiligi anemiya rivojlanishida etakchi rol o'ynaydi. Endogen eritropoetinning kam darajasi Hodgkin bo'lmagan lenfoma, surunkali lifoleykoz va ko'p miyelomli bemorlarda aniqlanadi.

Periferik qon ildiz hujayralarining otolog transplantatsiyasini qabul qiluvchi limfoproliferativ kasalliklarga chalingan bemorlarda anemiyani tuzatish uchun rekombinatli inson eritropoetininidan foydalanish endogen eritropoetinning kam ishlab chiqarishini to'g'rilashga va qizil qon preparatlarining transfüzyon ehtiyojini kamaytirishga imkon beradi

. Periferik ildiz hujayralarining transplantatsiyasini olgan rekombinatli inson eritropoetininini davolash trombositlar darajasini oshiradi va trombokontsentrat transfüzyonuna bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi

Xulosa. Olingan natijalar lenfoproliferativ kasalliklari bo'lgan bemorlarda anemiyani tashxislash va davolash uchun differentsial yondashuv zarurligini oqlashga imkon berdi.

ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

*Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность данного исследования связана с тем, что изучение качества жизни (КЖ) – важный инструмент в программе ведения больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Целью проведенного исследования была оценка качества жизни больных разного возраста воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы исследования: ход исследования основан на базе данных 173 пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника; условно разделены на следующие возрастные группы: I (10-20 лет) – 19 человек; II (21-30 лет) – 32; III (31-40 лет) – 36; IV (41-50 лет) – 31; V (51-60 лет) – 36; VI (61-70 лет) – 16, VII (старше 70 лет) – 3 человека. Проводилось анкетирование с применением международных опросников по определению КЖ больных ВЗК (IBDQ, OAS) и дневника пациента, составленного на основании вышеуказанных опросников. Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии и гепатологии клиники АГМИ.

Результаты и их обсуждение. КЖ при ВЗК снижено во всех возрастных группах. В период обострения КЖ составило 154,7 балла, в период ремиссии – 171,1 балла (максимальное итоговое значение по IBDQ – 224 балла). ВЗК сопровождалась изменениями в психоэмоциональной и социальной сферах в 100% случаев. У пациентов II-IV групп наличие ВЗК негативно сказалось на сексуальной жизни, у женатых – на семейных отношениях ($p=0,001$). У женщин до 35 лет чаще наблюдалось подавленное настроение и депрессия ($p<0,01$). В III группе 14,5% больных отметили ухудшение семейной жизни в связи с болезнью (непонимание со стороны близких), приведшее к разводу в 4,6% случаев. Пациенты V-VI групп отмечали укрепление внутрисемейных отношений (11,6%) или отрицали влияние ВЗК на семейную жизнь. Снижение КЖ на дооперационном этапе наблюдалось во всех возрастных группах ($p=0,03$). Страх операции (II-IV группы) был связан с вероятностью негативных изменений в социальной сфере после операции ($p=0,007$). Однако через год после операции у 21,9% больных этих групп работоспособность не изменилась, у 37,5% возросла ($p=0,0001$).

Вывод. Степень снижения качества при ВЗК определяется стадией заболевания, его тяжестью, продолжительностью и возрастом пациента. Метод оценки КЖ позволяет осуществлять постоянный мониторинг состояния больных ВЗК в разных возрастных группах и прогнозировать течение заболевания.

СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. На сегодняшний день одной из самых злободневных задач медицинской науки, и терапии в частности, является проблема лечения коморбидных состояний у терапевтических больных. Наличие двух или более взаимоотягощающих соматических патологий создаёт проблемы в адекватном диагностировании, а вследствие этого, необходимом лечении и прогнозировании заболеваний.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру анемического синдрома у пациентов гастроэнтерологического отделения.

Материал и методы. Исследование носило ретроспективный наблюдательный характер. Методом случайной выборки выделено 500 историй болезни пациентов отделения гастроэнтерологии и гепатологии, находившихся на лечении в 2015-2016 гг. У 128 (25,6%) констатирован анемический синдром, мужчин из них 39 (31%), женщин 89 (69%). Средний возраст составил $(58,0 \pm 15,9)$ года (от 18 до 92 лет). Всем пациентам выполнялось клиничко-лабораторное и инструментальное исследование по показаниям и при наличии согласия пациента.

Результаты и их обсуждение. Была констатирована следующая патология: злокачественные новообразования различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), язвы и эрозии верхних отделов ЖКТ, стриктуры пищевода, полипы и дивертикулы различных отделов ЖКТ, лимфоцитарный колит, язвенный колит, болезнь Крона, цирроз печени ЦП. По тяжести анемии пациенты распределились следующим образом: анемия легкой степени тяжести 66 (51,6%), средней тяжести – 34 (26,6%), тяжелая – 28 (21,8%).

Основной причиной анемии в возрастной группе до 40 лет стал ЦП (50%), от 40 до 60 лет – ЦП (52%), от 60 до 80 лет – сочетанная патология (22%) и злокачественные новообразования (20%), старше 80 лет – патология верхних отделов ЖКТ – 7 (41,4%) и злокачественные новообразования – 5 (29,3%).

Заключение. Анемический синдром выявлен у четверти пациентов, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение. Тяжелая анемия констатирована у 21,8% пациентов. Самой частой причиной тяжелой анемии явились злокачественные новообразования различной локализации. В возрастной группе старше 80 лет как наиболее вероятная причина анемии отмечены заболевания верхних отделов ЖКТ, а в возрасте до 60 лет – ЦП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАЦИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. К кислотозависимым заболеваниям в настоящее время относят не только те, в которых соляная кислота выступает как реализующий фактор, но и те, где соляная кислота поддерживает течение (прогрессирование) болезни, и в лечении которых без блокады секреции (или связывании кислоты) обойтись нельзя. Результаты последних широкомасштабных исследований в разных странах мира показали, что на долю язвенной болезни, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, приходится 70–80% дуоденальных язв и 50–60% язв желудка. Это вновь заставляет говорить о многогранности патогенетических механизмов повреждения желудочно-кишечного тракта, а комплексную терапию рассматривать как основу лечения этих повреждений.

Целью настоящего исследования были изучение эффективности антацидов у больных хроническим гастритом, хроническим гастродуоденитом в фазе обострения, оценка переносимости препарата и перспектив его дальнейшего использования.

Материал исследования. Исследование проведено у 20 пациентов отделения гастроэнтерологии и гепатологии АндГосМИ. Всем больным проводили эндоскопическое исследование, которое определило тип хронического гастрита по преимущественной локализации, активность его по выраженности эндоскопических данных, осматривалась также и двенадцатиперстная кишка. У 16 больных эндоскопически было подтверждено обострение хронического пангастрита, у 4 –

обострение хронического антрального гастрита и дуоденита. Все включенные больные имели сохраненную или повышенную желудочную секрецию. Средний возраст больных составил $36 \pm 2,2$ года (от 16 до 77 лет). Мужчин было 8, женщин – 12. Длительность заболевания составляла: от 1 года до 5 лет – 10 человек, от 5 до 10 лет – 6 человек, более 10 лет – 4 человека.

Результаты исследования и их обсуждение. Боли в эпигастрии у всех больных уменьшились в 1–2-е сутки и у преобладающего большинства больных (11 человек) были полностью купированы на 3–4-е сутки, а у 3 человек – на 5–6-е сутки. Процент полного купирования абдоминальных болей составил 77,8%. Тяжесть в подложечной области полностью исчезла у 15 (75%) человек на 4–6-е сутки, значительно уменьшилась к концу лечения – у 4 (20%) человек. Изжога купирована на 4–6-е сутки у 9 (52,8%) человек, на 10–11-е сутки – у 3 (17,8%) человек, изжога в целом купирована у 70,6% больных. У 5 (29,4%) человек изжога сохранилась, но уменьшилась по интенсивности. Отрыжка к концу приема препарата исчезла у 3 (60%) больных из 5, у которых регистрировалась исходно. Тошнота купирована у 4 (67,1%) человек в разные сроки от 1 до 8 дней, легкая тошнота сохранилась у 3 (32,9%) человек. Вздутие живота полностью купировано у 12 (85,7%) человек в основном на 3–7-е сутки, у 2 (14,3%) человек к концу лечения сохранялся легкий метеоризм.

У большинства больных на протяжении всего срока лечения сохранялся оформленный стул – у 13 (65%) человек, у 6 (30%) человек консистенция стула была кашицеобразной, у 2 больных, исходно имевших запоры, стул нормализовался, и один больной был вынужден на 4-й день прекратить прием препарата из-за жидкого стула.

Выводы. Результаты исследования позволили оценить антациды как весьма эффективный препарат в лечении больных хроническим гастритом, гастродуоденитом, протекающим с сохраненной и повышенной секрецией. Клинический эффект достигался в короткие сроки – в среднем на 5–7-е сутки. Достаточной дозой для купирования болей желудочной диспепсии является прием 30 мл препарата в день и только в случаях выраженных симптомов ацидоза следует начинать с применения антацидов.

КАТТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРГА ХОС БЎЛГАН НЕЙРОКОГНИТИВ БУЗУЛИШЛАРНИ ЎРГАНИШ

*Абдукадирова Д.Т., Зокиров А.И., Абдукодиров У.Т., Маматалиева Ш.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Деменциядан ахолининг 60 дан катта ёшлиларнинг 5% азият чекади ва унинг таркалиши, уларнинг ёши хар 10 йилга ошганда 2 баробарга ортиб боради. Бош мия қон-томирлари зарарланишидаги когнитив бузулишлар ифодаланиш даражаси минимал бузулишлардан бошлаб, деменция холатига кузатилади ва инсон ёшини ҳамда яна бир канча омилларни ўз ичига олади. Когнитив ва психоэмоционал бузулишлар, нейрпсихологик ўзгаришлар ҳамда цереброваскуляар хатарнинг нисбатан эрта маркери сифатида, динамикада эса – даволаш-профилактик чораларнинг самарасини баҳолаш критерияси сифатида ахамиятлидир.

Тадқиқот мақсади: Цереброваскуляар патологияли 60 ёшдан катта беморларга хос бўлган нейркогнитив ва психопатологик бузулишларни ўрганиш.

Материал ва текширув усуллари: Текширилаётган беморларни жинси бўйича таксимланиши бўйича эркак жинси устун келган холда, 54% га 46 % тўғри келди. Психологик ва нейрпсихологик текширувлар: рухий статусни баҳолашни қисқа шкаласи (MMSE), диққатни жамлаш ва ақлий қобилиятни ўрганиш (Бурдон тести), фазовий ориентация ва праксис функциясини текшириш (соат чизиш тести), диққат ва

хотира фаоллигини А.Р.Лурия услуби бўйича “10 та сўзни эслаб қолиш” синамаси орқали, хавотир ва хиссий доирани Спилберг-Ханина тести бўйича текшириш.

Натижа ва муҳокамалар. Иккала гуруҳда ҳам MMSE шкаласи бўйича тадқиқот натижалари солиштириб кўрилганда, баллар йиғиндиси $23,6 \pm 0,1$ га тенг бўлди ва бу энгил намоён бўлувчи когнитив бузулиш борлигидан далолат беради.

Праксис ва фазовий ориентация яққоллигини таҳлил қилиш, $7,6 \pm 0,08$ га тенг бўлган ўртача кўрсаткични кўрсатди. Бурдоннинг корректор синамаси бўйича барча беморларда диққат концентрацияси даражаси 146.5 ± 3.9 , диққат турғунлиги эса -3.6 ± 0.08 бўлиб, ёшга нисбатан норма билан солиштирилганда кўрсаткичлар анча паст бўлди.

А.Р.Лурия услуби бўйича “10 та сўзни эслаб қолиш” синамаси ёрдамида диққат ва хотира фаоллигини аниқланганда беморларда нормадан силжиш аниқланди, масалан, қисқа хотира 6.6 ± 0.9 ни, узоқ хотира 7.2 ± 0.1 ни кўрсатди, эслаб қолиш самарадорлиги эса 54.0 ± 0.2 га тенг бўлди, яъни, барча беморлар, ҳам биринчи ҳам қайта уринишларда сўзларни кам миқдорда айтишди. АО фарқи, ёш нормаси билан солиштирилганда, қисқа хотира учун 35 % ни, узоқ муддатли хотира 38 % ни ташкил этди. Кўрув хотираси учун тест ўтказилди. Иккала гуруҳ беморларида ҳам буюмларни таниш нисбатан сақланган ва 9.9 ± 0.09 га тенг бўлди. Хавотир ва хиссий сфера кўрсаткичлари Спилберг-Ханин тести бўйича текширилди. беморлар гуруҳида мос равишда $45.9 \pm$ ва 53.1 ± 0.3 га тенг булди.

Хулосалар: Шундай қилиб, энгил намоён бўлувчи дисфункция куринишидаги когнитив фаолият томонидан ўзгаришлар, физиологик қаришда ва айниқса миянинг сурункали ишемиясида, пўстлоқ-пўстлоқости ҳамда пўстлоқ-пўстлоқ алоқаларини узилиб қолиши билан боғлиқ. Алоқа узилиб қолиши феномени, интеллектуал-мнестик функцияларни сусайишига олиб келувчи, бош миянинг турли бўлимлари орасидаги алоқаларни бузулиши билан боғлиқ. Кўриш хотираси ва нутқ фаоллиги каби сезгир тестларни қўллаш, энгил намоён бўлувчи когнитив ўзгаришларни эрта босқичларида аниқлашга имкон беради, ҳамда фақатгина дементолди бузулишлар эрта диагностикаси маркеригина эмас, балки ўтказилган даволаш адекватлиги баҳолаш мезони ҳамдир.

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫУ НАРУШЕНИЯ: РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА

*Абдукадирова Д.Т., Зокиров А.И., Абдукодиров У.Т., Маматалиева Ш.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Сосудистые поражения головного мозга являются одной из наиболее частых причин когнитивных расстройств у лиц старше 60 лет. Выраженность когнитивных нарушений при сосудистом поражении головного мозга варьирует от минимальных расстройств до деменции и определяется целым рядом факторов, включая возраст больных. Когнитивные и психоэмоциональные расстройства могут выступать в качестве наиболее ранних маркеров нейропсихологического неблагополучия и степени цереброваскулярного риска, а в динамике - выступать в качестве критериев оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования: изучить характерные нейрокогнитивные расстройства и психопатологические расстройства у больных с цереброваскулярной патологией старше 60 лет.

Материалы и методы: Согласно распределению по полу среди обследованных больных преобладали пациенты мужского пола, соответственно 54% против 46%. Диагноз «умеренные когнитивные нарушения» (УКН) устанавливался согласно критериям МКБ11, на основании анамнеза, тщательного клинико-неврологического обследования, исследования функций когнитивной сферы, магнитно-резонансной томографии (МРТ). Больные разделены на две группы, 1я группа — пациенты

получающие комплексное лечение с включение Мемантина, 2я группа — пациенты получавшие базисную терапию.

Результаты и обсуждение. В обеих группах при сопоставлении результатов исследования по шкале MMSE сумма баллов равнялась $23,6 \pm 0,1$, что свидетельствует об умеренных когнитивных расстройствах. Анализ выраженности праксиса и пространственной ориентации показал среднее значение равное $7,6 \pm 0,08$.

У всех пациентов уровень концентрации внимания равнялся $146,5 \pm 3,9$, а устойчивость внимания — $3,6 \pm 0,08$, показатели были значительно ниже, по сравнению с возрастной нормой. У всех обследованных выявлены отклонения, например, кратковременная память равнялась $6,6 \pm 0,9$, долговременная — $7,2 \pm 0,1$, а продуктивность запоминания составила $54,0 \pm 0,2$. Различия АО сравнению с возрастной нормой составили 35% для кратковременной памяти и 38% для долговременной памяти.

При сопоставление групп на фоне проводимой терапии были выявлены следующие показатели. Проводимое комплексное лечение с включением препаратов из группы Мемантин дало улучшение динамики по шкале MMSE на 25,1% по сравнению с группой пациентов получавших базисное лечение — 7,5%.

По корректорной пробе Бурдона на фоне лечения с включением Мемантина динамика улучшения концентрации внимания составила 89,9%, а устойчивость внимания — 14,4% (во второй группе соответственно 20,6% и 6,6%).

Наличие фактора снижения памяти является причиной для формирования тревожных расстройств, и следовательно в группе пациентов принимавших Мемантин на фоне улучшения когнитивных функция наблюдалось уменьшение показателей тревожности. В основной группе тревожность в эмоциональной сфере по параметру реактивной и личностной характеристики достоверно снизилось и равнялась соответственно $32,9 \pm$ и $38,1 \pm 0,3$.

Выводы. Таким образом, изменения со стороны когнитивных функций, в виде умеренной дисфункции, при физиологическом старение и тем более при хронической ишемии мозга связано с разобщением корково-подкорковых и корково-корковых связей. Суть феномена разобщения заключается в нарушение связи между различными отделами головного мозга, что приводит к замедлению и снижению интеллектуально-мнестических функций.

Применение чувствительных тестов, таких как тест на зрительную память и речевую активность, позволяют на ранних стадиях выявить наличие умеренных когнитивных изменения и также являются маркерами не только ранней диагностики предметных нарушений, но и оценки адекватности проводимой терапии.

Мемантин в комплексной терапии умеренных когнитивных нарушений доказал своё патогенетическое действие на феномен корково-подкоркового и корково-коркового разобщения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Абдуллаев А.А.¹, Хакимова Р.А.²

¹*Ферганский медицинский институт общественного здоровья.*

²*Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность данной проблемы обусловлена увеличением числа работников, подвергающихся воздействию веществ химической природы (смесь углеводородных соединениях, загазованность), ионизирующей радиации, а также тяжелой физической нагрузке, производственному шуму, вибрации, неблагоприятным климатическим факторам, способствующие развитию производственно-обусловленных

заболеваний с умеренными и выраженными проявлениями как следствие неблагоприятных условий труда и поздней диагностики.

Цель исследования. Изучение уровня распространенности заболеваний у работников нефтеперерабатывающей промышленности в зависимости от длительности воздействия профессионально-обусловленных факторов.

Материал и методы исследования. Представлены результаты когортного ретроспективного исследования среди лиц, подвергавшихся долговременному воздействию негативных техногенных факторов на частоту и риск развития неинфекционных заболеваний у работников нефтеперерабатывающей промышленности.

Результаты исследования. Цифровой материал обрабатывался методом вариационной статистики с учетом малой выборки и находждением: средней арифметической (M), средней ошибки (m) с последующим установлением критериев достоверности t и P по Стьюденту. Для всех приведенных анализов различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$, где минимальная достоверность составляла 95%.

Расчет экстенсивных показателей в основной группе показал, что в структуре распространенности заболеваний среди работников наибольший удельный вес занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,8%), болезни эндокринной системы (13,5%), болезни нервной системы (13,3%).

В контрольной группе болезни следующих классов составляют ведущие ранги: болезни нервной системы (15,7%), болезни эндокринной системы (14,3%); патология системы кровообращения (13,8%).

По всем классам болезней наиболее высокая распространенность заболеваний отмечена в группах 60-69 лет - 394,3 на 100 работающих, а наименьшая - в группе 20-29 лет — 178,9. Распространенность заболеваний среди работников основной группы во все возрастные периоды в 2,2 раза превышала показатели частоты заболеваний в группе контроля.

Стаж работы оказывает значительно влияние на частоту распространенности заболеваний среди работников предприятия по определенным классам заболеваний: болезням эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, костно-мышечной, мочеполовой систем.

Вывод. В структуре заболеваемости основной группы первые ранговые места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы и нарушение обмена веществ. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительный профессиональный контакт работников нефтеперерабатывающей промышленности с вредными факторами производственной среды оказывает значительное влияние на распространенность заболеваний по таким классам нозологий как болезни эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, костно-мышечной и мочеполовой систем.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Абдуллаев А.А.¹, Хакимова Р.А.²

¹*Ферганский медицинский институт общественного здоровья.*

²*Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Уровень социально-экономического развития любого общества определяется не только мощностью производительных сил и характером

производственных отношений, технической вооруженностью и профессиональной подготовкой работающих, но во многом зависит от состояния их здоровья.

Сегодня, как никогда ранее, возрастает социальная значимость здоровья работающих и мер по его охране. Среди различных контингентов населения состояние здоровья работающих занимает самостоятельное место, поскольку именно эта часть общества составляет основу экономического его благополучия.

В связи с этим основой государственной социальной политики и главной научной задачей является разработка, обоснование и реализация мер по сохранению здоровья нации, минимизации воздействия вредных факторов на человека, достижение оптимального качества жизни, эффективности производственной и иной деятельности населения.

Цель исследования. Научное обоснование приоритетных мер по сохранению здоровья нефтяников на основе оценки профессионального риска в нефтеперерабатывающей промышленности.

Материал и методы исследования. Представлены результаты когортного ретроспективного исследования среди лиц, подвергавшихся долговременному воздействию негативных техногенных факторов на частоту и риск развития неинфекционных заболеваний у работников нефтеперерабатывающей промышленности.

Результаты исследования. Ведущими вредными факторами рабочей среды и трудового процесса для работников основных профессий нефтеперерабатывающей промышленности являются: тяжесть и напряженность труда, вибрация, шум, неблагоприятный микроклимат. Интегральная оценка условий труда соответствует классу 3.1-3.4: при этом для бурильщиков, помощников бурильщиков - класс 3.3-3.4, для операторов капитального, подземного ремонта скважин - класс 3.2-3.3, для машинистов - класс 3.2, для операторов по добыче нефти и газа, обезвоживающей, обессоливающей установок, поддержания пластового давления - класс 3.1.

Уровни накопленной профессиональной заболеваемости в нефтеперерабатывающей отрасли за 35-летний период колебались в пределах от 21,5 до 5,1 на 10 тыс. работающих. В структуре профессиональной заболеваемости нефтяников ведущее место занимают заболевания, связанные с воздействием физических перегрузок и перенапряжения отдельных органов и систем (вегетативно-сенсорные полинейропатии - 30,5%, плече-лопаточный периартроз - 25,4%, пояснично-крестцовые радикулопатии - 20,0%, эпикондилез надмыщелков плеча - 3,4%). Вибрационная болезнь составила 5,6%, нейросенсорная тугоухость - 5,0 %, профессиональный бронхит - 4,5%, профессиональная бронхиальная астма -1,1%, пневмокониоз - 0,6% острые интоксикации нефтепродуктами - 1,7%, хронические интоксикации нефтепродуктами - 1,4%.

Установлена завышенная самооценка здоровья нефтяников (59% респондентов считают свое здоровье отличным или хорошим), в то время как при объективной оценке лишь 27,4% нефтяников признаны практически здоровыми.

Ведущее место в структуре выявленной патологии у работников нефтеперерабатывающей промышленности занимают заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (33,5%), болезни системы кровообращения (30,1%), заболевания ЛОР-органов (17,7%), желудочно-кишечного тракта (11,3%). Для сохранения собственного здоровья большинство рабочих считают определяющим здоровый образ жизни.

Вывод. Таким образом, комплекс вредных факторов для основных профессий, занятых в процессе добычи нефти, практически одинаков и включает производственный шум, вибрацию, воздействие вредных веществ, тяжесть и напряженность труда. Вместе с тем, условия труда в конкретных профессиях

характеризуются сочетанием преобладающих факторов, интенсивность которых превышает гигиенические нормативы.

ГИЁХЛАРНИНГ ЖАРОХАТЛАР БИТИШИ, ЙИРИНГДАН ТОЗАЛАНИШИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ.

*Абдуллаев Р.Н., Киргизов Ш.М., Абдуллаева М.А., Абдуллаева М.Р.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон Давлат университети*

Жароҳатлик амалиётида жароҳатларнинг битиши тиббиётда хирурглар олдиға қўйилган асосий вазифа ҳисобланади. Ташриҳлардан сунг инсон организмнинг биологик бир бутунлиги ва физиологик фаолиятини тикланиши жароҳларнинг ўтказилган ташриҳлардан асосий мақсади ҳисобланади. Ҳозирги замон жароҳлигида жароҳатларда хирургик инфекция ривожланиши ва унинг олдини олиш муаммоси долзарб муаммо булиб ҳар хил радикал ташриҳлардан сунг инфекция ривожланиш мумкинлиги—бу ҳолат урологик ташриҳлардан сунг – 23-26% гача, кардиологик ташриҳларнинг 30% дан ортиғида ва умумий жароҳлик ташриҳларидан сунг эса 3-7% ни ташкил қилади.

Халқ табobati маҳсулотларини жароҳатларнинг битишига таъсирини ўрганиш **мақсадида** Ўзбекистонда усадиган айрим ўсимликларнинг ташриҳ дан сунг беморларнинг жароҳатини бирламчи битишига таъсир ўтказиши, хирургик инфекция ривожланган беморларда жароҳатнинг йирингдан тозала ниши, грануляцион тўқиманинг ривожланиб битиш жараёнини тезлатишини урганишни ўзимизга вазифа қилиб қўйдик.

Вазифани бажариш учун АДТИ клиникаси 2-жароҳлик ва йирингли жароҳ лик бўлимларида 120 та беморда (50 та бирламчи битаётган жароҳатга таъси ри, 70 та йирингли жароҳати бор беморларда жароҳатнинг тозаланиши ва битишини) текширувлар олиб бордик. Ушбу текширувларда Ўзбекистонда ўсадиган - доривор медоница — medunitsa medicinal - медуница лекарственная - pulmonaria officinalis, маржон ўт - elder grassy - бузина травянистая - Sambucus ebulus, маймунжон - raspberry ordinary - малина обыкновенная - rubus idaeus, май наъматаги - dogrose may - шиповник майский - rosa majalis, маврак - salvia officinalis - шалфей лекарственный - salvia officinalis ўсимликларнинг дамламалари, қайнатмалари, экстрактлари, малҳамлари қулланилди. Ушбу ўсимликлардаги асосий таъсир қилувчи биологик актив моддалар ошловчи, шилимшиқ моддалар, пектин, рутин, каротин, каротинин, аскорбин кислотаси, эфир мойлари ва яна бир канча алкалоидларнинг буриштирувчи, яллиғланишга қарши, сийдик хайдовчи, яра битказувчи, организмга умумтаъсир қилувчи хусусиятларга эга эканлиги ушбу ўсимликларни жароҳатларга ишлов бериш, дориларни энтерал йўл билан қўллаш, малхам шаклида маҳаллий қўллашга курсатмалар бўлди.

Доривор ўсимликларнинг қулланилиши натижасида бирламчи битаётган жароҳат ларнинг маймунжон - raspberry ordinary - малина обыкновенная, rubus idaeus, май наъматаги - dogrose may - шиповник майский - rosa majalis, маврак - salvia officinalis- шалфей лекарственный ўсимликларнинг дамлама, қайнатма, экстракти препаратларини қўллаш натижасида жароҳатларда яллиғланиш белгиларисиз, асоратланмай бирламчи битиш кузатилди, берилган доривор гиёҳ препаратлари асосан доривор чой сифатида берилди ва жароҳатларнинг бирламчи битиши $1,7 \pm 0,32$ кунга қисқариши аниқланди. Йирингли жароҳатларнинг тозаланиши ва грануляция ҳосил бўлишини кузатганимизда беморларнинг асосий, 65% қисми Кандли диабет хасталиги йирингли некротик асоратлари билан эканлиги ҳисобга олиниб берилаётган дориларга қўшимча қилиб Стевия - Stevia naturale - Стевия барги дамламаси, доривор медоница - medunitsa medicinal - медуница лекарственная, pulmonaria officinalis, маржон ўт - elder

grassy - бузина травянистая - Sambucus ebulus малхамлари кулланилди. Натижада ушбу жарохатларнинг тозаланиб грануляцияланиши $2,4 \pm 0,76$ кунга қисқаргани кузатилди.

Хулоса: Доривор медоница,, маржон ўт, маймунжон, май наъматаги, маврак ўсимликларнинг таркибидаги мавжуд бўлган биологик актив моддалар— ошловчи, шилимшик моддалар, пектин, рутин, каротин, каротолин, аскорбин кислотаси, эфир мойлари ва яна бир қанча алкалоидларнинг борлиги буриштирувчи, яллиғланишга қарши, яра битказувчи, организмга умумтаъсир қилувчи хусусиятларга эга эканлиги, шунингдек, Стевия барги дамламасида эса юкори концентрацияда осон хужайрага утувчи махсус усимлик шакари - стевиозид борлиги хужайра ичи энергиясини тиклайди ва жарохат ларнинг битишига ижобий таъсир кўрсатади.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ЯРАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ

Абдуллаев С.А., Худайназаров У.Р., Джалолов Д.А.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Ишнинг долзарблиги: XXI асрнинг бошланишини хирургик инфекцияларни даволаш муаммоларидан бири деб ҳисоблаш мумкин.

Айниқса охириги йилларда қандли диабетнинг бутун дунё бўйича кўпайиб бориши ва унинг жуда хатарли асоратлар бериши кузатилмоқда. Қандли диабет билан 20-50% беморларда юмшоқ тўқималарда ҳар хил йирингли яллиғланиш ҳолатлари кузатилмоқда.

Ишнинг мақсади: Юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яраларни маҳаллий комплекс даволашда оптимал усулларини такомиллаш.

Ишнинг материали ва текшириш усуллари: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли хирургия бўдимида даволанган қандли диабет II типи, юмшоқ тўқималарда йирингли-некротик асоратлари билан 40 та бемор кузатувда бўлди. Эркаклар-22 та, аёллар-18 та бўлиб, 35-78 ёшни ташкил қилдилар. Юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яллиғланишнинг сабаблари бўлиб: қандли диабет II тип оғир шакли билан диабетик панжа синдроми, парапроктитлар, думба соҳасидаги постинъекцион абсцесслар, оралиқ флегмонаси, қориннинг олд девори операциядан кейинги яранинг яллиғланиши, елка ва бўйин соҳаси карбункули.

Ишнинг натижаси: Қандли диабет II типи ва унинг оғир шакли билан юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яраларнинг деярли 60%да некротик фасциит асоратлари кузатилди. Некротик фасциитларнинг маҳаллий белгиларини визуал аниқлаш жуда қийин. Некротик фасциитларнинг алоҳида хусусияти йирингли ҳолат фасциялар бўйлаб тарқалади ва чуқур тўқималарга ўтиб мионекрозга олиб келади. Алоҳида бир гуруҳ стационарға кеч келган беморларда уларнинг умумий аҳволи оғир бўлиб сепсис ҳолати борлиги аниқланди. Диагноз қўйишда клиник-лаборатория, рентгенография ва УТТдан фойдаландик. Айрим чуқур флегмоналарда МРТ, МСКТ қилинди.

Патологик ҳолатнинг локализациясига, унинг тарқалиш даражасига, атроф тўқималардаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда ҳар хил вариантда хирургик ёндашишлар қўлладик. Теридаги ўзгаришларга асосан ҳар хил узунликда ва кенгликда кесмалар қилинди. Теридаги ва тери остидаги некрозга учраган тўқима батамом кесиб олинди. Агар терида ҳам яллиғланган соҳада некроз ҳолати кузатилганда тери ости ёғ қатламидаги некрозга учраган қисми билан бир блок ҳолида учрашувчи иккита кесма қилиниб кесиб олинди. Ҳосил бўлган катта йирингли яра дефекти яхшилаб санация қилинди. Қандли диабет билан бундай яраларда этапли некрэктомиялар қилинди. Ярадаги яллиғланиш ҳолати тўхтагандан кейин, яранинг иккинчи фазасига ўтгандан кейин маҳаллий мойли боғламлар ишлатилди. Биз охириги йилларда левомикол +

лорабен ёки левомикол + дермобактр аралашмаси билан ярага боғлам қўйишдан яхши натижалар олдик.

Юмшоқ тўқималардаги яралар, айниқса анаэроб флегмоналарни очилгандан кейин ярани H_2O_2 эритмаси билан санація қилинди ва кейинги этапларда ярани перманганат калий эритмаси билан ювиш яхши натижалар берди. Кейинги этапли некрэктомиялар (3-5мартагача), айниқса некротик фасциитлар билан мионекрозлар кузатилганда биз этапли некрэктомия амалиётини энг тўғри хирургик тактика деб ҳисоблаймиз.

Яралар некротик тўқималардан тозаланиш этапида катта хажмдаги яраларга терилар қиррасини яқинлаштирувчи сийрак чоклар (Донати чоклари) қўйилди. Бордию бу чоклар вақтида қўйилмаса тери қисқариб кейинчалик уларнинг қиррасини тортиш қийин бўлиб қолади ва айрим ҳолатларда тери кўчириш операциялари қилиш керак бўлади.

Хулоса: Юмшоқ тўқималарнинг йирингли-некротик яраларини даволашда эрта қўлланилган хирургик амалиёти, яраларни комплекс маҳаллий даволаш ва этапли хирургик ёндашув амалиёти энг оптимал даволаш усули ҳисобланади.

ТУҒМА ИХТИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ МУГУЗ ҚАВАТИНИНГ ИҚЛИМ ШАРОИТИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Абдуллаев С.Д.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Мавзунинг долзарблиги. Ихтиоз касаллиги тиббиёт соҳасида ечимини излаётган энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу ҳолат эса ихтиоз касаллигини ўрганиш ва эпидемиологик тарқалишини баҳолаш ва узоқ муддатли даволаш натижаларини тайинлаш эҳтиёжини келтириб чиқаради. Туғма ихтиознинг нисбатан юқори даражаси, унинг давомийлиги, даволашдаги қийинчиликлар ва унинг самарадорлигининг пастлиги шифокорлик амалиётида ва педиатрлар олдида турган долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: Туғма ихтиоз касаллигида тери мугуз моддасининг ўзгаришларининг иқлим шароитига хос хусусиятларини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Туғма ихтиоз билан туғилган 1 ёшдан 28 ёшгача бўлган 82 нафар беморларнинг терисидан биоптатлар олинди, олинган материалларини гемотоксиллин эозин, Вейгерт ва Вон-гизон усулларида бўялди. Мугуз қават ўлчамлари Г.Г. Автандилов бўйича морфометрик кўрсаткичлари аниқланди. Маълумотларни математик қайта ишлаш учун ўртача арифметик M , нисбий қийматларнинг хатоси m ва фарқнинг ишочлилик коэффиценти t ни аниқлаш учун Стьюдент усули қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Йилнинг ёз фаслида беморлар териси эпидермисининг донатор ва тикансимон хужайрлар қавати яхши ривожланган соҳаларидаги мугуз қаватнинг қалинлиги ўртача $1,0 \pm 0,06$ мкмни ташкил этади. Куз фаслининг октябрь-ноябрь ойларида бу кўрсаткич ўртача $2,1 \pm 0,14$ мкм ташкил этади. Қиш фаслида беморлардаги натижа $1,75 \pm 0,11$ мкм ни ташкил этса, баҳор ойларига келиб $1,4 \pm 0,22$ мкм ни ташкила этади. Куз ва қиш ойларида мугуз қаватининг ўртача қалинлиги $1,92 \pm 0,12$ мкм, баҳор ва ёз ойларида эса бу кўрсаткич $1,2 \pm 0,14$ мкм ни ташкил этади. Эпидермиснинг донатор ва тикансимон хужайралар қавати яхши ривожланмаган соҳалардаги мугуз қаватнинг кўрсаткичлари қуйидагича: ёз фаслида $0,5 \pm 0,04$ мкмни ташкил этади. Куз фаслида эса бу кўрсаткич ўртача $1,0 \pm 0,16$ мкм га тенг. Қиш фаслида беморлардаги кўрсаткичлар ўртача $1,6 \pm 0,12$ мкм ни ташкил этса, баҳор ойларида $0,8 \pm 0,01$ мкм ни ташкил этади. Куз ва қиш ойларида мугуз қаватининг ўртача қалинлиги $1,3 \pm 0,14$ мкм, баҳор ва ёз ойларида эса бу кўрсаткич $0,65 \pm 0,2$ мкм ни ташкил этади.

Хулоса. Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, туғма ихтиоз касаллигида терининг эпидермисида мугуз қаватининг ҳосил бўлиши иқлим шароитига боғлиқ ҳолда ўзгариб туради. Айниқса иссиқ об-ҳаво шароитидан салқин об-ҳаво шароитига ўтганда яъни куз фаслининг октябрь-ноябр ойларига келиб, мугуз қаватининг қалинлашуви максимал даражага етади ва қиш фаслига келиб мугуз қаватининг ўлчамлари боҳор ойларида ҳам камая боради. Мугуз қаватининг энг паст ўлчамлари йилнинг энг иссиқ бўлган ёз ойларига тўғри келади. Шундай бўлишига қарамаздан иссиқ контенталь ҳаво шароитида мугуз қаватининг ёрилишлари ривожланади. Бу эса, терида намликнинг пасайиши ва қуруқликнинг ошишига боғлиқ ҳолда рўй беради.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ

*Абдулхаева Д.Р., Валижанова З.И., Юлдашева Г.Р., Мустафоева Г. С.
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республиканский колледж Олимпийского и параолимпийского резерва*

Цель исследования. Клиническая оценка функционального состояния желудочно-кишечного тракта у спортсменов циклического вида спорта.

Материал и методы исследования Проведено первичное обследование 338 спортсменов циклического вида спорта, из которых у 92 (23,7%) пациентов был установлен диагноз функциональные заболевания органов пищеварения (Синдром раздраженного кишечника или Функциональная диспепсия), 257 (76,3%) человек составили больные с другой патологией желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический дуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит и др.). В исследование включено 92 пациента, из них 58 женщин и 34 мужчин в возрасте от 20 до 42 лет (средний возраст составил $29,2 \pm 7,5$ года) с диагнозом «Синдром раздраженного кишечника» - 66 чел., и «Функциональная диспепсия» - 26 чел. Обследовано 92 спортсменов циклического вида спорта из них 66 спортсменов с синдромом раздраженного кишечника (71,9 %) и 26 спортсменов Функциональной диспепсией (28,1 %). При тщательном сборе анамнеза у 36 (40,6 %) из 66 спортсменов с синдромом раздраженного кишечника также выявлены симптомы функциональной диспепсии. Критериями исключения из исследования являлись наличие органической патологии желудочно-кишечного тракта, симптомы «тревоги», позволяющие заподозрить органическое заболевание

Результаты и обсуждение. По результатам обследования сформированы 3 группы пациентов: «Синдром раздраженного кишечника» - 62 человек; «Функциональная диспепсия» - 25 человек; и «Сочетанные функциональные заболевания» - 36 человек.

Соотношение мужчин и женщин в группах составило: Сочетанные функциональные заболевания - 1:3,6; Функциональная диспепсия - 1:1,45; Синдром раздраженного кишечника - 1:1,4. Индекс массы тела в группах составил (кг/м): Сочетанные функциональные заболевания - $25,6 \pm 2,9$; «Функциональная диспепсия» - $22,7 \pm 2,7$; Синдром раздраженного кишечника - $24,2 \pm 2,4$; $p = 0,0076$.

При сравнении по степени выраженности симптомов функциональных расстройств пациентов в группах (тяжести состояния), которая определялась по сумме баллов, полученной по опроснику «7*7» обнаружены статистически значимые различия между всеми тремя группами ($p < 0,0001$). Наибольшая доля больных с выраженными (19-24 баллов) и тяжелыми (25 и более балла) расстройствами определялась в группе «Сочетанные функциональные заболевания», с умеренно выраженными (13-18 баллов)

симптомами - в группе «Синдром раздраженного кишечника» и с легкими клиническими проявлениями (7-12 баллов) - в группе «Функциональная диспепсия». По шкале общего клинического впечатления (ClinicalGlobalImpression— CGI-s), заполняемой врачом и используемой в качестве сравнения, также выявлены статистически значимые различия между всеми тремя группами ($p < 0,0001$). Больные с тяжелыми и очень тяжелыми расстройствами (6 и 7 баллов) определялись только в группе «Сочетанные функциональные заболевания». В этой же группе была наибольшая доля больных с выраженными симптомами (5 баллов), с умеренно выраженными симптомами (4 балла) - в группе «Синдром раздраженного кишечника», с легкими расстройствами (3 балла) - в группе «Функциональная диспепсия». Таким образом, можно сделать вывод, что оценка выраженности клинических симптомов (тяжести состояния) пациентом и врачом совпадает. При более детальном анализе выраженность четырех клинических симптомов функциональной желудочной диспепсии в группе больных Сочетанные функциональные заболевания была меньше, чем в группе больных Функциональной диспепсией. При этом боль в области желудка (в верхней средней части живота), чувство жжения в области желудка (в верхней средней части живота), чувство переполнения в области желудка после еды, ранее насыщение (возникает раннее чувство сытости) в группе пациентов Синдромом раздраженного кишечника не определялись. Боль в животе, уменьшающаяся после опорожнения кишечника, нарушение консистенции и /или частоты стула были более выраженными среди больных с сочетанными функциональными заболеваниями по сравнению с больными синдромом раздраженного кишечника. При этом достоверность различий по расстройству стула и симптому метеоризма не подтверждена. Симптомы кишечной диспепсии в группе больных ФД не определялись. Таким образом, группа больных «Сочетанные функциональные заболевания» достоверно отличалась менее выраженными симптомами функциональной желудочной диспепсией по сравнению с группой больных «Функциональная диспепсия» и более выраженным болевым абдоминальным симптомом, связанным с дефекацией по сравнению с группой больных «Синдром раздраженного кишечника».

Заключение. В условиях сочетанного течения синдрома раздраженного кишечника и функциональной диспепсии чаще наблюдалось совместное течение следующих клинических вариантов: синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров и функциональная диспепсия в варианте постпрандиального дистресс-синдрома; синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи и функциональная диспепсия в варианте синдрома эпигастральной боли, что на патогенетическом уровне соответствует преобладанию механизмов нарушений гастродуоденальной координации и моторной функции толстой кишки в первом и висцеральной гиперчувствительности во втором случае.

ДИФфуЗНО НЕТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ СРЕДИ ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Абдуразакова Д.С, Исмаилов С.И, Юсупова Ш.К,
Камолдинов Р.К, Абдусаматова Р.С
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Цель: изучить частоту встречаемости диффузно нетоксического зоба (ДНЗ) среди женщин возраста 17 – 60 лет проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы. Обследовано 300 женщин в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст составил $33,8 \pm 0,67$ [Ме 32,0; 95%ДИ 32,5-35,1] лет.

Для удобства интерпретации результатов было сформировано 4 возрастные группы. Анализ распределения женщин в зависимости от возраста показал, что большинство из них 130 (43%) были в возрасте до 30 лет, в возрастную категорию от 30 до 40 лет вошли 80 (26,6%), от 40 до 50 лет – 55 (18,5%) и 50 лет и старше – до 60 лет 35 (11,9%) обследованных. Дефицит массы тела отмечался у 35 (11,7%) женщин, избыточная масса тела выявлена у 83 (27,8%), ожирением страдали 16 (5,5%) женщин. 166 (55%) женщин имели нормальную массу тела.

Исследование проводилось в виде осмотра, путем опроса жалоб, анамнеза, клинических данных, пальпации щитовидной железы. Пальпацию щитовидной железы проводили методом, рекомендованным ВОЗ. У женщин исследовался уровень тиреотропного гормона (ТТГ) (норме 0,17 – 4,05 mIU/L), уровень свободного тироксина (T_4) (норма 10-23 пмоль/л) сыворотке крови. Данные представлены в виде Ме [25, 75] (Ме — медиана; 25 и 75 перцентили). У всех обследуемых женщин проведено ультразвуковое исследование щитовидной железы. Исследование проводилось на базе клиник Андижанского государственного медицинского института.

Результаты.

Тиреоидная патология выявлена у 207 (69 %) женщин. Наиболее распространенными нозологиями были диффузный нетоксический зоб – 127 (61,3 %), смешанный зоб – 21 (10,2 %), узловые формы зоба -11 (5,3%), АИТ - 9 (4,4 %). ДТЗ встречался у – 5 (2,4%). Гипотиреоз (уровень ТТГ > 4,05 mIU/L) выявлен у 34 (16,4 %) пациентов.

Манифестный гипотиреоз (уровень ТТГ более 10 mIU/L) — у 8 (23,5)%. Субклинический гипотиреоз (СГ - уровень ТТГ > 2,5 mIU/L и T_4 в пределах нормы) установлен у 26 (16,5%) женщин.

Следует отметить, что средние значения ТТГ увеличиваются с возрастом: от $1,68 \pm 0,19$ mIU/L (до 30 лет) до $2,92 \pm 0,65$ mIU/L ($P=0,01$).

Заключение. Результаты исследования показали значительную распространенность патологии щитовидной железы среди обследованных женщин (69 %). Из диагностированной тиреоидной патологии среди женщин 1-2 группы, наиболее распространенным оказался ДНЗ (59%). С возрастом (в 3-4 возрастной группе) увеличивается уровень ТТГ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИИ

*Абдурахманов А. А., Кучкаров А. А., Батиров К. З., Алиев Л. М.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Многочисленными клиническими исследованиями показано, что на современном этапе развития бактерии изменение спектра возбудителей бактерии приведет к развитию резистентности к применяемым местной антибактериальной средствам. Расширение возможностей терапии бактериальных поражений кожи, обеспечение высокой эффективности лечения пиодермитов обуславливают необходимость дальнейшего поиска новых высокочувствительных топических антибиотиков.

Цель исследования: сравнительно изучить эффективность геля тирозур, маз эритромицин, тетрациклин у больных пиодермитов.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 40 больных пиодермитом в возрасте от 15 до 50 лет, из них 25 мужчин, 15 женщин; 8 больные лечились стационарно, остальные 32- амбулаторное. У 15 больных была фолликулит, у 10 сухая стептодермия и у 15 стертококовый импетиго. Во всех случаях

диагноз был подтвержден бактериоскопически обнаружением стафилококк и стрептококк из очага поражения. 28 больные получали гель Тирозур фирмы «Engelhard Arzneimittel GmbH Co. KG» по смазывает 2 раза в день в течении 2 недель, 6 больные принимали мазь эритромицин смазывает 2 раза в день в течении 2 недель, 6 больные принимали мазь тетрациклин смазывает 2 раза в день в течении 2 недель. Кроме общего лечения все больные получили антибиотики, иммуномодуляторы, местное лечение антибактериальными кремами (тиразур, эритромицин, тетрациклин) или мазями (тиразур, эритромицин, тетрациклин); при наличии мокнутия наружно применялся влажно-высыхающие повязки (примочки); по показаниям больные принимали гипосенсибилизирующие, антигистаминные, противовоспалительные средства и витамины.

Результат: из 28 больных лечившихся тиразур, положительный клинический эффект наблюдался у 24 (94,6%), причем у всех регресс кожного процесса наступил на 2–3 дня раньше, чем у двух остальных групп. Из 6 больных, принимавших эритромицин, эффект наблюдался у 4 (60%); а из пациентов, лечившихся мазь тетрациклин клинический эффект отмечен только у 2 (20,5%) больных.

Выводы: таким образом, при сравнительном изучении эффективности тиразур, эритромицин, тетрациклин у больных пиодермитом, самым эффективным оказался тиразур, а тетрациклин значительно уступал остальным двум препаратам эффективно.

УРОЛОГИК ВА НЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН МИЖОЗГА ЗАМОНАВИЙ ТАВСИФ: МЕТЕОКЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИК НИГОХ

*Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Бобоев Р.А., Каландаров Д.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – айрим иқлимий метеоомилларнинг таъсири остида урологик ва нефрологик касалликларнинг (УрНефХ) клиник кечиши хусусиятларини аниқлаш ва улардан янги илмий йўналишларни яратишда фойдаланишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: водий иқлими кескин континенталь деб тавсифланади ва ушбу шароитда 2364 та УрНефХ билан беморларда хаво нисбий намлигининг (ХНН) касаллик кечишига таъсири тахлил қилинди. Умум қабул қилинган метеоэлементларни ўрганиш усулларида фойдаланилди. Биоиклимий баҳолаш маҳаллий гидрометеомарказ билан ҳамкорликда бажарилди.

Натижа ва хулосалар: урологик ва нефрологик касалликлар водий шароитида кенг тарқалиш билан ифодаланадилар ва бизнинг натижаларимизга кўра бунда иқлимий жараёнларни ўзгаришлари ва айниқса, ХНН каби метеоомилларни иштироки аниқ кўзга ташланади. Шу боис мазкур метеоомилга эътиборни қаратдик ва алоҳида тахлил қилиб чиқдик.

Чунончи тасдиқланди-ки, УрНефХни энг кўп учраб турадиган симптомлари – бел соҳаси оғриқлари, буйрак санчиғи, Пастернацкий аломати, кардиаль симптомлар(тахикардия, юрак ўйноғи, хансираш, юрак оғриқлари, босим ортиши), шишлар, дизурия, полиурия, олигоурия ва характерли сийдик симптомлари, ХНН паст ва юқори кўрсаткичларида тебраниб туришлари туфайли статистик ишончли тарзда кучаядилар ва кўпайиш частоталари билан мувофиқ кузатиладилар.

Ушбу зарурият юзага келганлиги учун рақамли тахлилларни кўринишига эътибор қаратдик ва тасдиқланди-ки, ХНН энг паст даражасида ва энг юқори даражасида қийинлашганда қайд қилинган клиник белгилар 12,8 фоиздан (ХННни 46,0 фоиздан кам даражасида) 29,5 фоизгача (ХННни 80 фоиздан ортиққа етиб кескинлашганда) кучайишадилар. Тўғри корреляцион боғланишлик бор ва ХНН ни

патоген таъсири остида беморлар ҳолатини оғирлашуви УрНефХ туфайли 2,3 баробарга ёки 16,7 фоизга ошади ($p < 0,001$).

Биз, водийнинг бир неча ҳудудларида ва аҳолининг кенгроқ қўламида, жумладан, фермерлар популяциясини ҳам жалб қилиб, олинган таҳлиллардан келиб чиққан ҳолда махсус илмий дастурни режалаштирдик ва мақсадли, “мўлжалли” метеоклиникопрофилактика системасини УрНефХ га нисбатан ишлаб чиқишга киришдик.

ИРСИЙ МОЙИЛЛИК ВА АЛКОГОЛЬ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШНИ ХАТАР ОМИЛЛАР СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

*Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Салохидинов А.С.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқот мақсади – Фермерлик билан шуғулланувчи қишлоқ аҳолисида ирсий мойиллик ва алкоголь истеъмол қилишни (АИҚ) хатар омил сифатида тадқиқ қилиш ва баҳолаш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Эпидемиологик тадқиқот фермерлар популяциясининг репрезентатив гуруҳида (2478 та) амалга оширилди. Комплекс текширув усуллари (эпидемиологик, клиник, биохимик, инструменталь, урологик) фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. Олинган маълумотларни статистик баҳолаш тасдиқладики, АИҚ фермерлар популяциясида 34,0 фоиз тарқалиш частотаси билан учрайди (эркакларда – 77,2 фоиз ва аёлларда – 22,8 фоиз; $P < 0,005$). Турли ёшларда АИҚ тафовутланади. Энг юқори частота билан АИҚ 31 – 49 ёшда аниқланади (59,6 фоиз; $P < 0,01$), ўта паст АИҚ кўрсаткичи ≥ 70 ёшлиларда кузатилади (0,7 фоиз; $P < 0,001$) ва 18 – 30 ёшлиларда ҳамда 50 – 69 ёшлиларда нисбатан кам – 17,7 фоиз ва 22,0 фоиздан тасдиқланади ($P > 0,05$).

Тадқиқотда сийдик – тош касаллигига (СТК) нисбатан ирсий мойилликни хатар омил сифатида тарқалиши баҳоланди. СТКга ирсий мойиллик фермерлар популяциясида 64,1 фоиз тарқалиш билан қайд қилинади, эркак – фермерларда – 58,2 фоиз ва аёл – фермерларда – 41,8 фоиз ($P < 0,005$). Ёшга боғлиқ ушбу хатар омилни тарқалиш частотасидаги тафовут 50,8 фоизни ташкил этади ($P < 0,001$). ИМ 18 – 30 ёшлиларда 27,7 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланади, унга нисбатан 24,6 фоиз ортик бўлиб (52,3 фоиз) 31 – 49 ёшда кузатилади ($P < 0,05$), 9,3 фоиз кам бўлиб (18,4 фоиз) 50 – 69 ёшда ($P < 0,05$) ва 25,2 фоиз паст кўрсаткич билан (1,5 фоиз) қайд этилиб ≥ 70 ёшлиларда тасдиқланади ($P < 0,001$).

СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ, БУЙРАК САНЧИҒИ ВА НЕФРОКАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК КЕЧИШЛАРИ ТЕРМОРЕЖИМГА БОҒЛИҚМИ?: ИЛК НАТИЖАЛАР ВА КЕЛАЖАККА САБОҚЛАР

*Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Бобоев Р.А., Усмонов Б.У.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон*

Превентив урология илк кўринишлари ўтган асрнинг 30-чи йилларида клиник “тиббиёт-урология-нефрология” ва эпидемиологияни туташувидан келиб чиқди. Ушбу янги йўналиш замонавий урологияни бир “шаҳобчаси” кам ўрганилган қисми бўлиб метеозкологик ва иқлимий омилларни уронефрологик касалликларга таъсирларини тадқиқ қилишга қаратилган. Хозиргача аниқланганки уронефрологик касалликлар ҳолатида бўлган инсон организмга иқлим сезиларли даражада таъсирини ўтказади;

ургент вазиятларда бўлса-айниқса метеоомиллар ва уларнинг турли фаслларда тебраниб туришлари “ўзларини кўрсатадиллар”.

Тадқиқотнинг мақсади-уронефрологик(УрНФ) касалликларни (сийдик йўллари инфекцияси, буйрак санчиғи ва гломеруляр касалликлар) хаво хароратининг (ТР) ўзгаришларига боғлиқ холда асосий клиник кўринишларини тахлил қилиб ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар:проспектив клиник –метеорологик кузатув, УрНФ тасдиқланган 2364та беморлар ва Данишевскийнинг махсус усулидан фойдаланиб “метеорологик омилларни 1-чи сафида турувчи” термик режим билан УрНФ асосий клиник кўринишлари (УрНФКК) ўртасидаги боғлиқликни ўлчаш.

Натижа ва хулосалар:ретротахлил шубхасиз кўрсатдики ТР анча кучли патоген ва прогностик омил бўлиб УрНФККга таъсир кўрсатади. Демак, глобал исиш асрида бунга ўта жиддий эътибор қилинишига ўз-ўзидан, хозирданок, зарурият ва эҳтиёж пайдо бўлган.

Исботини кўриниши, УрНФКК термик режимни ортиб бориши интервалларида ва тебраниши кучайишларида ортиб боради. Унга боғлиқ холда клиник статус ва умумий холат 28.7 фоизгача оғирлашади ёки шиддатли тус олиб ёмонлашади($p<0,05$; $r=+0,57$).

ТРни $\leq -8,7^{\circ}\text{C}$ гача даражада бўлиши ва тебраниб туришда УрНФКК частотаси 0.3 фоизни ташкил қилади, “ $-4,9^{\circ}\text{C}$ га ошиш ва тебраниб туришида” -21.8 фоизни ($p<0,001$), “ $+5,0-11,7^{\circ}\text{C}$ га ошишда” -17,9 фоиз ($p<0,01$), “ $+11,8 -18,5^{\circ}\text{C}$ га ошишда” -25,1 фоиз ($p<0,001$) ва “ $+28,7^{\circ}\text{C}$ дан ошганда” -24,7 фоизга етиб кучаяди ($p<0,001$).

Олинган маълумотлардан келиб чиқиб, иссиқ иқлим шароитида термик омилни уро-нефрологик касалликларга давомли таъсирларини ўрганиб бориш ва мувофиқ уронефропрофилактик тизимини амалиётга тадбиқ этиб туриш йўналишида тадқиқотларни давом эттириш режалаштирилди.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Абдурахмонов И.И., Холмирзаева М.Ф., Хамидов О.Х., Рустамова Х.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние десятилетия в Узбекистане сложилась неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении заболеваемости эпилепсии. Учитывая рост заболеваемости, летальности, высокую степень инвалидизации при эпилепсии, а также факт снижения возрастного уровня начала заболевания становится ясной актуальностью и необходимостью дальнейшего изучения разных аспектов этой проблемы. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Эпилепсия встречается с одинаковой частотой во всем мире, и независимо от расы около 0,5 - 1 % населения страдают этой болезнью. Ежегодно регистрируемая заболеваемость эпилепсией, исключая фебрильные судороги и единичные пароксизмы, варьирует от 20 до 120/100.000 новых случаев в год, в среднем - 70/100.000.

Цель исследования. Выявление распространенности эмоциональных нарушений у взрослых пациентов с эпилепсией в зависимости от формы заболевания.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было исследовано 25 больных с эпилепсией различной этиологии, формы и типа. Было проведено клиничко-неврологическое обследование, параклинические методы исследования (ЭЭГ), нейропсихологические методы исследования (адаптированные нейропсихологические тесты- шкала Тревоги и Депрессии).

Результаты исследования. Криптогенная фокальная эпилепсия (КФЭ) была диагностирована у 22 (48,8%) пациентов, симптоматическая фокальная эпилепсия (СФЭ) - у 11 (24,4%), идиопатическая генерализованная эпилепсия (ИГЭ) - у 10 (22,2%), у 2 (4,6%) установить причину приступов не удалось. Из 45 пациентов, обследуемой группы ремиссия была достигнута у 20 (44,4%), улучшение - у 21 (46,6%), у 4 (9%) больных констатировано отсутствие эффекта от терапии. Среди всех пациентов субклиническая тревога (8-10 баллов по шкале HADS) выявлялась у 13 (28,8%), клиническая тревога (11 и более баллов) - у 16 (35,5%), субклиническая депрессия (8-10 баллов) - у 6 (13,3%), клиническая депрессия (11 и более баллов) - у 5 (11,1%). Коморбидность симптомов тревоги и депрессии (субклинические/клинические симптомы тревоги плюс субклинические/клинические симптомы депрессии) была у 5 (11,3%) больных. У пациентов с эпилепсией уровень тревоги и депрессии был достоверно выше, чем в контрольной группе, и коррелировал с частотой приступов и неэффективностью терапии. Полученные нами данные согласуются с результатами приведенных исследований в отношении как высокой распространенности симптомов тревоги в популяции больных эпилепсией, так и большей распространенности тревоги по сравнению с симптомами депрессии. Распространенность симптомов тревоги зависела от формы эпилепсии. Так, среди пациентов с ИГЭ субклинические и клинические симптомы тревоги встречались лишь у 2 из 10 (6,2%), в то время как в группе больных КФЭ - у 8 из 22 (18,4%), в группе больных СФЭ - у 5 из 11 (24,2%). Развитие тревоги и расстройств настроения ассоциируется с формами эпилепсии, при которых в приступы вовлекаются лимбические структуры, например глубокие отделы височных и лобных долей. Установлено, что икталный страх может быть проявлением приступов, исходящих из амигдалы, гиппокампа и цингулярной извилины.

Вывод. Результаты исследования показали, что тяжесть симптомов тревоги достоверно больше, чем тяжесть симптомов депрессии. Повышение уровня симптомов как тревоги, так и депрессии отмечена с возрастом пациентов на момент обследования. Выраженность депрессии, напротив, имеет тенденцию к «накоплению» с возрастом.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОКСИЕЛЕЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдурахмонов М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Коксиеллез (лихорадка Ку) - острая риккетсиозная болезнь из группы природно-очаговых зоонозов, характеризующаяся различными путями передачи, общей интоксикацией и полиморфизмом клинических проявлений. Возбудитель - грамотрицательная внутриклеточная бактерия *Coxiellaburnetii*. Это одно из тех редких заболеваний, когда при аэрогенном инфицировании один микроорганизм может привести к болезни [2,5]. При всех путях инфицирования возбудитель проникает в кровь, размножается в эндотелии сосудов и обуславливает развитие общей интоксикации. В отличие от других риккетсиозов размножение возбудителя происходит не только в эндотелии сосудов, но и в гистиоцитах и макрофагах ретикулоэндотелиальной системы [4]. Возбудитель может длительно персистировать в организме человека, что объясняет возможность развития при коксиеллезе затяжного и хронического течения. 50-60% пациентов, инфицированных коксиеллезом, болеют бессимптомно. Инкубационный период колеблется от 3 до 40 дней. Описано более 30 симптомов, характерных для данного риккетсиоза [3]. Полиморфизм клинических проявлений коксиеллеза определяется механизмом передачи, первичной инфицирующей дозой риккетсий и уровнем защитных сил организма [1].

Цель исследования. Определить клинико-патогенетическое и прогностическое значение иммунологических и биохимических маркеров у больных кокциеллезом для оптимизации терапии.

Материалы и методы исследования. Наше исследование показало различия в распределении пациентов по возрасту (до 50 лет и старше 50 лет) и полу. В обеих группах мужчины болели чаще, чем женщины ($p < 0,001$), что соответствует данным других исследователей. Хотя точные причины этого распространения неизвестны, предполагается, что определенную роль играют половые гормоны.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что кокциеллез наблюдается непрерывно в течение всего года с плавным подъемом в апреле-июле (60,1%), то есть в весенне-летний период обострения. Эпидемиологический анамнез показал, что 136 больных (41,5%) проживали в сельской местности, а 190 человек (58,3%) – в городе, то есть население города в 1,4 раза больше, чем у сельского населения с кокциеллезом ($p < 0,01$). В то же время население 77 городов (23,6%) имело дачи. Как видно из рисунка 1, среди сельских пациентов с кокциеллезом в наблюдаемой нами группе было больше зарегистрировано население Шахриханского, Балыкчинского и Мархаматского районов Андижанской области. Неравномерное территориальное распространение заболевания кокциеллезом, несомненно, связано не только со степенью активности природных и антропогенных очагов инфекции, но и с реальной возможностью их выявления.

Так, 91 пациент (27,9%) временно безработный, 41 пациент (12,6%) рабочий, 36 человек (11,0%) пенсионеры, 34 пациента (10,4%) водители транспортных средств, 13 пациентов (3,4%) охранники, 12 пациентов (3,7%) медицинский персонал. Остальные 99 пациентов (30,7%) имели разные профессии: сотрудники полиции, руководители фирм и предприятий, инженеры, предприниматели, пограничники, рыбаки, учителя.

Был отмечен полиморфизм путей передачи. Учитывая место проживания всех обследованных пациентов в эндемическом очаге кокциеллеза, существовала высокая вероятность заражения аэрогенным путем. Заражение в 59,8% случаев может произойти при алиментах. Так, 119 пациентов (36,5%) употребляли домашние молочные продукты, 10 человек (3,0%) – пастеризованное молоко, 67 пациентов (20,2%) – мясо (шашлык), которое не было достаточно термически обработано. У 54 пациентов (16,5%), которые зафиксировали поглощение или удаление клещей, была возможна передача инфекции кокциеллы. Перенос может быть осуществлен 28 пациентам (8,6%), которые часто отправляются на рыбалку водным путем. 69 пациентов (21,1%) спасли своих домашних животных: крупный рогатый скот, кроликов, хомяков, домашнюю птицу, собак и кошек, как крупных, так и мелких. По сравнению с данными десятилетней давности [38], произошли изменения в путях передачи кокциеллы. В современных условиях пути передачи кокциеллы алиментарный и в 1,7 раза чаще наблюдались при передаче в 4,3 раза чаще.

Пациенты с кокциеллезом получали в среднем 6,2 дня, при продолжительности заболевания более 0,2 дней, и у них часто наблюдались симптомы, показанные на рисунке 3. Одним из ведущих признаков была лихорадка (326 человек). У большинства пациентов была ремиттирующая (280 человек, 85,4%), редко даврийская (34 человека, 10,4%) и персистирующая (12 человек, 4,3%) лихорадка. Продолжительность лихорадочного периода колебалась от 5 до 35 дней и составляла в среднем 13,5, соответственно, 0,8 дня. Лихорадка продолжительностью 1 неделю была зарегистрирована у 100 пациентов (30,5%), через 2 недели – у 163 пациентов (50,0%). У 25 пациентов (7,6%) с кокциеллезом продолжительность лихорадки наблюдалась в течение 3 недель, у 38 пациентов (11,7%) лихорадка наблюдалась в течение 4-6 недель. В начале заболевания температура у больных повышалась до 39-40С, в среднем 13,0 градусов Цельсия на 0,5 день, температура снижалась до субфебрильных показателей.

Вывод. Выявление различных клинических симптомов зависит от пола пациента, продолжительность которых зависит от возраста пациента. В последние годы, в дополнение к препаратам типа тетрациклина, в качестве этиотропной терапии для лечения коксииеллеза был использован ряд альтернативных антибактериальных препаратов. Было показано, что этиотропную и патогенетическую терапию при необходимости следует проводить параллельно с иммунокоррекцией.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОКСИЕЛЕЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАНИЙ

*Абдурахмонов Мухаммадкодир Абиджонович
ассистент кафедры инфекционных болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность изучения коксииеллеза заключается в его широкой распространенности, полиморфизме клинических проявлений, затрудняющем постановку диагноза, возможности формирования гепатита и пневмонии, подострой и хронической форм болезни. Крупнейшая эпидемия коксииеллеза в 21 веке была отмечена в Нидерландах, где с 2007 по 2010 годы было выявлено около 4000 случаев инфицирования. По официальным данным за период с 1957 по 2016 год зарегистрировано 13290 случаев заболевания.

Хотя в последние годы произошел существенный прогресс в изучении коксииеллеза, патогенез этого заболевания еще недостаточно выяснен. По данным литературы основную роль в формировании клинических проявлений коксииеллеза играют изменения иммунитета.

Цель исследования. Определить клинико-патогенетическое и прогностическое значение иммунологических и биохимических маркеров у больных коксииеллезом для оптимизации терапии.

Материалы и методы исследования. Наше исследование показало различия в распределении пациентов по возрасту (до 50 лет и старше 50 лет) и полу. В обеих группах мужчины болели чаще, чем женщины ($p < 0,001$), что соответствует данным других исследователей. Хотя точные причины этого распространения неизвестны, предполагается, что определенную роль играют половые гормоны.

Результаты исследования. Интоксикация вовлекла в этот процесс соответствующие отделы нервной системы, что наблюдалось у 315 человек со слабостью, головной болью у 266 пациентов, мышечными болями в верхних и нижних конечностях и пояснице у 225 пациентов. У 138 пациентов наблюдалось снижение аппетита. Лихорадка сопровождалась ознобом у 165 пациентов, потливость наблюдалась у 54 пациентов (16,6%).

Гиперемия слизистой оболочки ротоглотки наблюдалась у 204 пациентов, в то время как гепатомегалия наблюдалась у половины пациентов. Наличие гепатомегалии не всегда характеризует степень поражения печени, нарушение ее функций, так как увеличенная печень может нормально функционировать. У 152 пациентов (46,6%) был ssle, у 127 человек были боли в суставе. 90 пациентов жаловались на кашель, сухость или выделение мокроты, боль или чувство стеснения в груди. В то же время аускультативно было выслушано сухое свистящее дыхание у 156 пациентов (47,8%) на фоне тяжелого дыхания.

Хотя повреждение сердечно-сосудистой системы было отмечено в виде тахикардии у 213 (65,3%), брадикардии у 25 (7,7%), некоторые клиницисты отметили наличие брадикардии у преобладающего числа пациентов с коксииеллезом [38, 119, 154]. Артериальная гипотензия была выявлена у 78 (23,9%) пациентов, а тональные или глухие сердечные тоны - у 91 (27,9%) пациента. Это К. М. Лобан (2002) считает, что

токсин-рикезия при кокселлиозе является следствием причинного действия N-окончаний. нарушения метаболических процессов миокарда, приводящие к развитию изменений во влагалище и его ядрах, также оцениваются в клинической практике как "инфекционное сердце".

49 пациентов жаловались на тупую боль в животе, локализованную в эпигастрии и правом подреберье. У 57 пациентов (17,5%) при пальпации отмечалась боль в эпигастрии и правом подреберье. У 60 пациентов было отмечено пожелтение слизистых оболочек и кожи, что свидетельствовало о нарушении обмена билирубина вследствие развития гепатита.

Синдром интоксикации проявился у 48 пациентов тошнотой, которая сопровождалась рвотой у 28 человек.

У 19 пациентов развились нарушения гемостаза, проявляющиеся кровотечением из десен, кровотечением из носа и образованием гематом в местах инъекций. У 18 больных коксиеллезом экзантема была выявлена на 3-16-й день заболевания в виде локализованного поражения, поражения-папулезных и геморрагических элементов в верхних и нижних конечностях, спине, груди и хвосте.

Возраст пациентов с подострым коксиеллезом был в 1,2 раза выше, чем возраст пациентов с острой формой (47,1 года и 1,8 года и 39,9 года и 3,8 года, $p < 0,001$). Длительность заболевания при подострой форме была в 2,1 раза выше, чем при острой форме ($p < 0,001$). Как видно из таблицы 10, у пациентов с подострой формой заболевания лихорадка наблюдалась в 2,4 раза, слабость и артралгия в 2,3 раза, озноб, потливость, миалгия и снижение аппетита в 2,2 раза, кашель в 2,1 раза, головная боль в 2 раза, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки и рассеянный склероз в 1,9 раза. по сравнению с пациенты с острым коксиллом, роконъюнктивитом, гепатомегалией в 1,8 раза, болью в животе в 1,7 раза, желтухой в 1,6 раза, тошнотой в 1,5 раза.

Вывод. Таким образом, данные исследования показали, что текущее течение коксиеллеза в Андижанской области по-прежнему сопровождается полиморфизмом клинических проявлений этого заболевания.

СВЯЗЬ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФРОНТО-ТЕМПОРАЛЬНОЙ ДЕМЕНЦИИ С УРОВНЕМ ГОРМОНА ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА

*Абрамян А. А., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель исследования. Увеличение числа пожилых людей в общей популяции и трудности в связи с когнитивными нарушениями у них становится глобальной проблемой всего человечества, а именно медико-социальных служб. Среди различных форм деменции наиболее малоизученной остается фронтотемпоральная деменция. Целью данного исследования явилось оценить влияние уровня гормона дегидроэпиандростерона сульфата на развитие когнитивных нарушений при фронтотемпоральной деменции.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено в отделениях 1, 2, 3 неврологии клиники Андижанского Государственного медицинского института. Было обследовано 36 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу входили 11 пациентов с фронтотемпоральной деменцией; вторую группу составили 10 пациентов с лёгкими и умеренными когнитивным нарушениями; третью группу в качестве контроля составили 15 пациентов без когнитивных нарушений. Пациентам из всех групп был проведён клинико-неврологический осмотр, оценка когнитивных функций по следующим шкалам: шкала MMSE, тест «Батарея лобной дисфункции», Монреальская шкала,

глобальная шкала оценки ухудшения первичной дегенеративной деменции, известная как шкала Рейсберга. Всем пациентам было проведено исследование крови на уровень гормона дегидроэпиандростерона сульфата.

Результаты и обсуждение.

Исследование показало, что в первой группе средний балл по шкале MMSE составил - 11,9 баллов, данные по тестам «Батарея лобной дисфункции» - 4,9 балла, средний балл по Монреальской шкале – 6,6 балла, по шкале Рейсберга 6 пациентов (54,5%) из первой группы имели умеренно тяжёлый когнитивный спад (этап 5), 3 пациента (27,2%) – очень серьёзное снижение познавательной способности (этап 7), 1 пациент (9%) – сильное снижение познавательной способности (этап 6), 1 пациент(9%) умеренное снижение познавательной способности (этап 4).

Во второй группе данные исследований по шкале MMSE показали в среднем – 25,1 баллов, данные по тестам «Батарея лобной дисфункции» - 13 баллов, средний балл по Монреальской шкале – 17,25 балла. По шкале Рейсберга 5 пациентов (50%) из второй группы имели умеренный когнитивный спад (этап 3), 5 пациентов (50%) – очень умеренное снижение познавательной способности (этап 2).

В третьей группе контроля средний балл по всем шкалам показал отсутствие когнитивных нарушений. В частности: по шкале MMSE средний балл составил - 29 баллов, по шкале «Батарея лобной дисфункции» - 17,1 балла, средний балл по Монреальской шкале – 26,6 балла, по шкале Рейсберга все пациенты не имели никакого когнитивного снижения (1 этап).

Дегидроэпиандростерона сульфат – это андроген, секретирующийся в пучковой и сетчатой зонах надпочечников. Норма данного гормона для мужчин старше 60 лет – 0,10-2,35, для женщин старше 60 лет – 0,30-2,60. Данные исследования уровня гормона дегидроэпиандростерона сульфата показали следующие результаты: в первой группе с фронто-темпоральной деменцией средний уровень составил – 1,35, во второй группе – 1,44, в третьей группе – 2,29.

Вывод.

Проведенные исследования выявили в крови пациентов с фронто-темпоральной деменцией наименьший уровень гормона дегидроэпиандростерона сульфата, во второй группе с лёгкими и умеренными когнитивными нарушениями результат оказался чуть выше и самый высокий уровень содержания гормона оказался в крови у здоровых пациентов без когнитивных нарушений. Данное исследование позволяет нам сделать вывод, что существует прямая корреляция между уровнем гормона дегидроэпиандростерона сульфата и развитием когнитивных нарушений. Снижение уровня гормона ДЭАС способствует снижению кратковременной и долговременной памяти, внимания, снижению способностей к вычислению и других когнитивных функций. Таким образом, зная, что пациенты с низким уровнем гормона дегидроэпиандростерона сульфата более подвержены развитию когнитивных нарушений, мы можем помочь пациенту предупредить или отсрочить развитие тяжёлого когнитивного дефицита, применяя медикаментозную терапию, а также различные методики немедикаментозной тренировки памяти, внимания, интеллекта и других когнитивных функций.

**ИЗУЧИТЬ ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЛИДИНОГЕНАЗЫ НА ГЕМОСТАЗ,
КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ
ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.**

*Аваков В.Е., Кенжаев Л.Т.
Ташкентская медицинская академия.*

Актуальность: Закрытый черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) является одной из основных причин летальности и инвалидизации лиц молодого и трудоспособного возраста и представляет собой крайне актуальную проблему современного здравоохранения. Из 600 тыс. человек, получивших черепно-мозговую травму, умирает порядка 50 тыс., т. е. около 10%.

Цель: Улучшить результаты лечения больных с изолированной ЗЧМТ.

Материалы и методы. Нами было обследовано 24 больных с ЗЧМТ (18-мужчин и 6 женщин), средний возраст которых составил $58,1 \pm 4,4$ лет. Все больные были разделены нами на 2 группы: контрольная группа, в которую вошли 12 пациентов, получали стандартную терапию и исследуемая группа, в состав которой вошли оставшиеся 12, которые помимо указанной терапии получали Калген 0.15 PNA один раз в день в разведении с физиологическим раствором внутривенно, капельно, медленно. У всех пациентов изучали параметры гемодинамики, гемостаз, клинико-биохимические, и неврологический статус мы оценили по шкалам MMSE, NIHSS, Рэнкин.

Результат исследования. Шкалы оценки невротатуса (MMSE, NIHSS, Рэнкин) исходно составляли 23.4, 10.8 и 2.4 соответственно, а после калген 24.8, 9.6 и 1.8 соответственно. В группе стандартной терапии наблюдалось изменение на 24.6, 10.4 и 2.4 балла до лечения и на 24.6, 9.5 и 2.0 балла после лечения. Гемодинамические показатели (АД, САД и ЧСС) составляли 140.3/85.3 и 94.3 до лечения и улучшились до 122.8/79.0, 93.6 и 80.5 после лечения калгеном. В группе стандартной терапии выявлено меньшее улучшение показателей гемодинамики. Было показано, что клинико-биохимические показатели улучшаются после воздействия калген. Инфузионная терапия улучшала реологические свойства крови. Нт был в пределах 31- 34 %. Интересными были данные система гемостаза. Калген в комплексной терапии пациентов с ЗЧМТ, снижая показатели фибриногена плазмы и ПТИ на 48,1% и 15,4% соответственно и повышая время АЧВТ на 21,9 %, значительно улучшает показатели гемостаза.

Выводы. 1. Калген 0.15 PNA (мочевая каллидиногеназа) этиопатогенетически оказывает эффективное и быстрое восстановление нервной функции при ЗЧМТ.

2. Применение Калгена в комплексной терапии ЗЧМТ улучшило состояние системы гемостаза и показало усиление микроциркуляции в зоне ишемии.

3. Под влиянием калгена показатели гемодинамики изменились до нормы.

**КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАК ФАКТОР
ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПСОРИАЗА**

АГРАНОВСКИЙ М.Л., РАХМАТОВ А.Б., МАХМУТОВ Р.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии*

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. В последнее время всё больше говорится о психических расстройствах невротического регистра, часто встречающихся у больных псориазом, утяжеляющих и без того сложное течение основного дерматологического заболевания.

Неуклонный рост стрессогенности жизни пациентов приводит к более агрессивному течению многих дерматозов, в том числе и псориаза, и не способствует успешной терапии. Роль психического фактора в этиологии и патогенезе кожных заболеваний давно подчеркивается исследователями, но до сих пор при лечении часто учитываются только физиологические параметры.

Цель исследования. Изучить структуры психических расстройств у больных псориазом и разработка более эффективных методов их коррекции, для профилактики псориаза, и как следствие, улучшение качества жизни больных.

Материал и методы. Исследования проводились на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане. Нами были обследованы 100 больных псориазом (мужчины - 60 человек, женщины - 40 человек) в возрасте от 18 до 72 лет, принимавших амбулаторное и стационарное лечение. Обследование больных псориазом проводилось клинико-anamnestическими и клинико-психопатологическими методами, а также путем психологического тестирования с помощью определенных шкал. 30 пациентам (18 мужчин, 12 женщин) применены методы лечения в форме классической гипнотерапии, гипноза с Эриксоновскими техниками, эмоционально-образной, позитивной, клиент центрированной и проблемно-ориентированной психотерапии. Остальным пациентам была предложена и успешно применена психофармакотерапия.

Результаты и обсуждение. У большинства из них (60%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. Данные больные очень боялись за свою внешность, неприятия со стороны родных и близких, знакомых и незнакомых людей. Тревога и раздражительность у них на фоне пониженного настроения преобладали и мешали им в повседневной жизни и деятельности. Страх за свою внешность постоянно сопровождал этих больных, а в моменты ремиссий ожидание возможности рецидива дерматологического, патологического процесса всегда вызывал преждевременную тревогу. У небольшого количества больных (17 %) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У них преобладало наличие навязчивых мыслей, связанных с болезнью, возможным последствием неприятия окружающих людей. Мысли, связанные с внешним видом и скорее всего с не выздоровлением, а наоборот возможным усугублением дерматологического процесса приходили в голову больным псориазом вновь и вновь в стереотипном виде. Эти мысли всегда были огорчительны, и пациенты часто безуспешно пытались сопротивляться им. Вследствие этого у них всегда присутствовала тревога. Некоторые из них совершали стереотипные движения с целью возможного предотвращения не желаемых явлений. Они ясно понимали, что всё это неправильно, однако ничего не могли поделать с этим. У 13 % наблюдалось развитие личности по истерическому типу. У данных больных вследствие болезни усугублялись истерические черты характера. Хотя все они пытались скрыть свою неприятную внешность демонстративность и постоянное желание привлечь внимание окружающих постоянно давали о себе знать. 10% пациентов отмечали состояние, характеризующееся как невротическая депрессия. Основным проявлением данных пациентов было их пониженное настроение, раздражительность, астения. Всё это часто начиналось с утра и усиливалось в течение дня достигая пика к вечеру. У всех данных пациентов отмечалось нарушение сна, проявляющееся трудностью засыпания и частыми пробуждениями, в последующее отсутствие ощущения выспанности по утрам и в течение дня. В связи с внутренним дискомфортом на фоне вышеперечисленных симптомов у больных псориазом

отмечались частые конфликты как на работе, так и в семье, в кругу друзей, родных и близких. Это приводило к частым ссорам, конфликтам и даже нервным срывам. Всем исследованным больным успешно были применены различные методы психофармакотерапии и психотерапии. В результате у больных псориазом отмечалось значительное улучшение настроения, нормализовался сон и самое главное, отмечалась стабилизация внутреннего ощущения комфорта. Всё это положительно отражалось на течение основного заболевания!

Выводы. Вышеизложенные данные свидетельствуют о сложной природе псориаза, в которой психика больного занимает особое место в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего дерматологического заболевания. Поэтому представляется возможным и скорее необходимым применение методов психотерапии и психофармакотерапии при лечении больных псориазом.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.

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

Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, а также их жизни – одна из важнейших задач нашего общества. Профилактика суицидального поведения у детей и подростков представляет собой систему общих и специальных мер на разных уровнях: на государственном и правовом, на уровне общества, на медицинском, педагогическом, социально-психологическом и семейном уровнях. Условия успешности профилактической работы включают следующие составляющие: комплексность, системность, дифференцированность, своевременность. Своевременность приобретает главное значение при работе с подростками. Известный факт, что подростковые суициды в большинстве случаев совершаются в состоянии аффекта. От внимательного отношения и грамотного, своевременного реагирования окружающих (родителей, педагогов, сверстников, медицинских работников) зависит, реализует свой суицидальный план подросток или остановит его. По данным ВОЗ каждый год в мире кончают с собой 1,5 млн человек. ВОЗ насчитывает 80 способов ухода из жизни.

Цель исследования: Выявление особенностей преморбных черт характера у подростков с незавершенными суицидами и разработать мероприятия по профилактике.

Для решения поставленных задач были обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, ожоговом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ. Обследование суицидентов проводилось клинико–психологическими, пато-психологическими, анамнестическими и клинико-катамнестическими методами. Нами было изучено 105 больных с незавершенными суицидами: мужчин - 38 (36,1 %), женщин - 67 (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 15-29 (42,8 %). Суицидальные попытки наиболее часто совершаются независимо от пола в наиболее трудоспособном возрасте от 16-30 лет.

Среди суицидентов наиболее часто встречались лица с истероидными 23 (20,7 %), гипертимными 19 (17,1 %) и эмотивно-лабильными чертами личности 15 (13,5 %). Значительно реже встречались шизоидные, эпилептоидные и психастенические личности.

Следует отметить, что основные причины самоубийств семейные и микросоциальные факторы. Изучение мотивов суицида показало, что важное значение в генезе суицидального поведения имеют семейные конфликты.

Нами выявлено, что очень высокий уровень самоубийств среди женщин – именно они совершают более половины всех самоубийств. Наиболее часто отмечались: неполная семья, слабая социальная поддержка родственников и друзей. При изучении психопатологического состояния тематических больных после незавершенного суицида было выявлено преобладание астенических состояний: у 67 (63,8 %) и депрессивных состояний – у 13 (11,7 %).

Вывод: В механизме развития суицидов помимо психологически – социальных и микросоциальных факторов, значительную роль играет и биологические факторы. Значительную роль играет сочетание наследственно отягощенности (психопатии и депрессии) с наличием в преморбиде гипертимных и неустойчивых черт характера у мужчин, и истероидных и эмотивно-лабильных у женщин.

Выявленные прогностические маркеры суицидального поведения позволили разработать мероприятия по профилактике повторных суицидов и внедрить их практику.

СУИЦИДЛАРНИНГ ИЖТИМОЙ САБАБЛАРИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ.

*Аграновский Марк Лейзерович
Джураев Нодирбек Нематжонович
Психиатрия ва наркология кафедраси*

Долзарблиги. Суицид холатлари hozirgi vaqtda dolzarb masala bulib kolmoqda. Bu muammo er yuzining xamma kontingenti tarqalgandir. Suikasdni tushunish uchun eng muhim narsalar ijtimoiy va ruhiy sabablarni hisoblanadi. Bularni inson shaxsiyatini, uning «men» nini parcalaydi. Kiplab tekshiruvlar kursatishicha, jamiyatdagi tarixiy yuzaga kelgan siyosat, iktisodiy va madaniy sharoitlar suikasdlarning ushshiga jiddiy ta'sir etadi.

Изланишимизнинг максоди тугалланмаган суицидларнинг ижтимоий сабаблари аниқлаш. Биз Р.Ш.Т.Ё.М нинг Андижон филиали «Таксикология» булимида даволанган суицид холатдан кейинги суицидентларни психопатологиясини ургандик.

Текширув материали ва услублари. Биз 2020 йил январь-октябрь ойигача жами 86 та суицидларни аниқладик. Биз текширган суицидентлар орасида рухий бузилишли, чегараганган асаб бузилишли беморлар учрамади. Суицидентларнинг 2 нафари суицид холатини такрорлаган холос.

Текшириш натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Текширув йилларида утказилган суицидентларнинг ёши ва жинси уртасидаги узаро боғлиниш урганилганда, ходисаларнинг энг куп учраши эркак ва аёллар 15-29 ёшлилар гуруҳида кайд этилган. Улардан аёллар –74 та. (86 %), эркаклар –12 та (14 %).

Ёшга нисбатан суицидентлар куйидагича ажратилади. 15-29 ёш-64 та (74,4 %), 31-40 ёш-16 та (18,6 %), 41-45 ёш 2 та (2,3 %) 46-55 ёш 3 та (3,4 %), 60-70 ёш 1 та (1,1 %). Юкорида келтирилган ракамлардан куриниб турибдики, суицид холатларни деярли 15-29 ёшли шахслар бажаради. Уларнинг 80 % урта, нотулик- урта маълумотли ишсиз шахслар ва уй бекаларидир. Уларнинг аксарияти оила курмаган ота-онаси карамогидаги ёшлардир

(34,3 %). Улар орасида урта мактабнинг юкори синф укувчилари (6,0 %), лицей – коллеж (4,6%), олий укув юртлари талабалари (3,1%) хам бор. Таъкидлаш лозимки, узини улдиришнинг асосий сабаблари оилавий ва микросоциал омиллардир. Суикасд сабабларини урганиш суицидал хатти – харакатлар ривожланишида оилавий низолар

мухим ахамиятга эга. Нокулай хаётгий холатлар, бошка хавф омиллари билан бирга келиши суикасдга олиб келиши мумкин. Текширишларимиздан маълумки 50 % суицид холат носоглом оилавий мухитда, маънавий кашшок, маданий калок оилаларда юз беради. Моддий – маиший кийинчиликлар сабабидан суикасд килишлар охирги вақтларда купрок учрамоқда. Моддий фаровонлик, хаётдан коникиш каби тушунча ва кадрийатларга эга шахслар хаётга шу улчовлар билан карашади. Лекин буларнинг хаммаси хам уз талабларини кондира олмайди. Окибатда рухий дисконфортга замин яралади. Бу турдаги ижтимоий психологик дезадаптация суицидал хатти – харакатни келтириб чикаради. Рухий кризис холатидаги суицидент адаптацион фаолияти чегараланганлиги ва объектив жихатдан мушкул холатда булгани учун уз холатини ечимсиз деб хисоблайди. Узини улдиришни холатдан чикишнинг ягона йули деб билади.

Хулоса : Носоглом оилавий мухит ва моддий – маиший кийинчиликлар уз жонига касд килишга олиб келувчи асосий омиллардир.

Ўз жонига касд килишни ижтимоий сабабларини аниқлаш ва прогностик белгилари такрорий ўз жонига касд килишнинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш ва уларни амалиётга жорий етиш имконини беради.

ЭНДОКРИННЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ.

Аграновский М.Л., Джуроев Н.Н.

Андижанский Государственный медицинский институт

Суицид - одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на земле человек. Самоубийство, как считают исследователи, явление сугубо антропологическое. В последние годы, в связи с глубоким реформированием и переустройством всей государственной системы, ростом аддиктивного поведения, саморазрушающегося поведения, увеличением социально- стрессовых расстройств, пролангированных кризисных состояний, вопросы суицидологии в ряду других социально-значимых проблем для общества, выдвинулись по своей актуальности на первый план. Суицид- является актуальнейшей медико-социальной проблемой. В большинстве стран мира самоубийство входит в число 10 наиболее распространенных причин смерти, а среди детей и подростков самоубийство является одной из трех основных причин.

Цель исследования: изучить социально – психологические особенности и психопатологическую картину суицидентов, а также имеющиеся у них эндокринные дисфункции.

Материалы и методы исследование. Для решения поставленных задач были обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, ожоговом отделениях Андижанского филиала РНЦЭМП. Нами было изучено 105 больных с незавершенными суицидами.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что среди суицидентов преобладали лица с эндокринными дисфункциями. Морфофенотип конституции оценивался соматоскопически во взаимосвязи с половым диморфизмом женщин, совершивших суицидальную попытку: преобладал инфантильно – грацильный тип телосложения 7 (6,6%), по сравнению с мужчинами – 3 (2,8%). У мужчин отмечаются иные частоты распределения соматотипов, чем у женщин в отношении атлетического, атлетико – диспластического и астенического соматотипов. Нормо – стенический и пикнический типы телосложения встречаются с равной вероятностью. Анализ типов пресуицидального периода показал их взаимосвязи с соматотопической принадлежностью больных к преморбидно тормозимыми чертами (психастенические,

астенические, шизоидные и гипотимные). Аффективно напряженный короткий пресуицидальный период был характерен при отравлениях лиц с нормостеническим и атлетическим соматотипами, гипертимными и эпилептоидными особенностями личности.

Исследование показало, что риск суицида высок у людей с хроническими эндокринными заболеваниями. Фактор прогрессирования заболевания является более значимым для суицидального риска, чем его тяжесть или потеря трудоспособность. У пациента при гипотериозе отмечались замедленность всех психических процессов, апатически – депрессивные состояние. При гипотериозе – отмечались повышенная возбудимость, лабильность настроения.

Вывод: В механизме развития суицидов помимо психологически – социальных и микросоциальных факторов, значительную играет роль и эндокринная дисфункция.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ

*Аграновский М.Л., Усманова. М.Б., Аскарлова К.И., Салиев М.М.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Рост суицидов среди женщин в нашей республике свидетельствует об актуальности этой проблемы и необходимости ее дальнейшего изучения. Самоубийство в человечестве является одна из самых вечных актуальных проблем. Как считают исследователи, явления сугубо антропологическое.

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

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.

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

*Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Далимова С.А., 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 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 деления 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ ПЕРВЕРЗИЮ

*Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К., Каримов А.Х.
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 соответствии с вышеописанными принципами — эффективны в отношении ограниченного круга расстройств: тревожных, депрессивных, поведенческих нарушений.

КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАК ФАКТОР
ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПСОРИАЗА

АГРАНОВСКИЙ М.Л., РАХМАТОВ А.Б., МАХМУТОВ Р.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
дерматовенерологии и косметологии*

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. В последнее время всё больше говорится о психических расстройствах невротического регистра, часто встречающихся у больных псориазом, утяжеляющих и без того сложное течение основного дерматологического заболевания. Неуклонный рост стрессогенности жизни пациентов приводит к более агрессивному течению многих дерматозов, в том числе и псориаза, и не способствует успешной терапии. Роль психического фактора в этиологии и патогенезе кожных заболеваний давно подчеркивается исследователями, но до сих пор при лечении часто учитываются только физиологические параметры.

Цель исследования. Изучить структуры психических расстройств у больных псориазом и разработка более эффективных методов их коррекции, для профилактики псориаза, и как следствие, улучшение качества жизни больных.

Материал и методы. Исследования проводились на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане. Нами были обследованы 100 больных псориазом (мужчины - 60 человек, женщины - 40 человек) в возрасте от 18 до 72 лет, принимавших амбулаторное и стационарное лечение. Обследование больных псориазом проводилось клинико-анамнестическими и клинико-психопатологическими методами, а также путем психологического тестирования с помощью определенных шкал. 30 пациентам (18 мужчин, 12 женщин) применены методы лечения в форме классической гипнотерапии, гипноза с Эриксоновскими техниками, эмоционально-образной, позитивной, клиент центрированной и проблемно-ориентированной психотерапии. Остальным пациентам была предложена и успешно применена психофармакотерапия.

Результаты и обсуждение. У большинства из них (60%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. Данные больные очень боялись за свою внешность, неприятия со стороны родных и близких, знакомых и незнакомых людей. Тревога и раздражительность у них на фоне пониженного настроения преобладали и мешали им в повседневной жизни и деятельности. Страх за свою внешность постоянно сопровождал этих больных, а в моменты ремиссий ожидание возможности рецидива дерматологического, патологического процесса всегда вызывал преждевременную тревогу. У небольшого количества больных (17 %) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У них преобладало наличие навязчивых мыслей, связанных с болезнью, возможным последствием неприятия окружающих людей. Мысли, связанные с внешним видом и скорее всего с не выздоровлением, а наоборот возможным усугублением дерматологического процесса приходили в голову больным псориазом вновь и вновь в стереотипном виде. Эти мысли всегда были огорчительны, и пациенты часто безуспешно пытались сопротивляться им. Вследствие этого у них всегда присутствовала тревога. Некоторые из них совершали стереотипные движения с целью возможного предотвращения не желаемых явлений.

Они ясно понимали, что всё это неправильно, однако ничего не могли поделать с этим. У 13 % наблюдалось развитие личности по истерическому типу. У данных больных вследствие болезни усугублялись истерические черты характера. Хотя все они пытались скрыть свою неприятную внешность демонстративность и постоянное желание привлечь внимание окружающих постоянно давали о себе знать. 10% пациентов отмечали состояние, характеризующееся как невротическая депрессия. Основным проявлением данных пациентов было их пониженное настроение, раздражительность, астения. Всё это часто начиналось с утра и усиливалось в течение дня достигая пика к вечеру. У всех данных пациентов отмечалось нарушение сна, проявляющееся трудностью засыпания и частыми пробуждениями, в последующее отсутствие ощущения выспанности по утрам и в течение дня. В связи с внутренним дискомфортом на фоне вышеперечисленных симптомов у больных псориазом отмечались частые конфликты как на работе, так и в семье, в кругу друзей, родных и близких. Это приводило к частым ссорам, конфликтам и даже нервным срывам. Всем исследованным больным успешно были применены различные методы психофармакотерапии и психотерапии. В результате у больных псориазом отмечалось значительное улучшение настроения, нормализовался сон и самое главное, отмечалась стабилизация внутреннего ощущения комфорта. Всё это положительно отражалось на течение основного заболевания!

Выводы. Вышеизложенные данные свидетельствуют о сложной природе псориаза, в которой психика больного занимает особое место в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего дерматологического заболевания. Поэтому представляется возможным и скорее необходимым применение методов психотерапии и психофармакотерапии при лечении больных псориазом.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ НА ФОНЕ ВИЧ- АССОЦИИРОВАННОЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

*Адилова Г., Ибрагимов М.К., Курбонова Р.Р., Мамасалиев Н.С.
АндГосМИ*

В работе представлены новые эпидемиологические данные с целью изучения истинной частоты распространенности артериальной гипертензии на фоне ВИЧ – ассоциированного нейроциркуляторной астении (ВИЧ аф НЦА).

Материалы и методы: Исследования среди 341 ВИЧи – населения включали в себя апробированных, простых, доступных в первичном звене здравоохранения и достаточно информативные методы эпидемиологического скрининга, позволяющие с высокой степенью вероятности определить точную частоту распространенности артериальной гипертензии при ВИЧафНЦА и предположить диагноз этой функциональной патологии сердца и выделить группу лиц в донологической стадии.

Результаты и выводы: Проведенные исследования показали, что ВИЧафНЦА предрасполагает к прогрессированию и ухудшению течения, а также прогноза артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия при ВИЧафНЦА определяется с частотой 19,1%, т.е. сравнительно больше чем другие клинические состояния, такие как гипотензивный синдром (1,8%; $P < 0,001$), диспепсический синдром (1,8%; $P < 0,001$) и паническая атака (7,5%, $P < 0,01$).

Большинство больные жаловались: на астенические нарушения (26,4%) в виде слабости, утомляемости, плохой переносимости физических нагрузок и снижения работоспособности, боли в области сердца кардиологического характера (15,1%), зябкости кистей и стоп (1,8%), вегетативно васкулярные кирзовые симптомы (7,5%) -

головокружения, головные боли, субфебрилитет, миалгии и чувство внутренней дрожи. Артериальная гипертензия при отсутствии или наличии факторов риска определяется с частотой 5,6% и 9,4% соответственно ($P < 0,05$). Установлено, что к развитию и тяжелому артериальной гипертензии при ВИЧафНЦА в первую очередь предрасполагают курение, дислипидемия, употребление алкоголя, низкое потребление овощей и фруктов, избыточная масса тела и психогенный фактор. Следовательно, «прицельная» терапия и профилактика артериальной гипертензии при ВИЧафНЦА должно опираться в устранении именно этих факторов.

АНДИЖОН ОЛИМПИА ЗАХИРАЛАРИ КОЛЛЕЖИДА СПОРТ БИЛАН ШУГУЛЛАНАЁТГАН ЎСМИР ҚИЗЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧИ ҲАМДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ

*Акбарова Г.Х. Назарова Г.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Хозирги кунда юртимизда ёшлар ўртасида “Спорт” га қизиқиш кун сайин ортиб бормоқда, айниқса қизлар ўртасида ўтказилаётган мусобақалар ва уларнинг эришаётган ютуқлари нафақат юртимизда балки уларнинг бутун жаҳон марраларни забт этишлари бунга исботдир. Шунинг учун Юрт бошимизнинг ёшлар саломатлигига бўлган эътибор кучайтирилган. “Саломатлик” кўрсаткичи бўйича бир нечта таърифлар мавжуд бўлиб, ҳар бири ўз кўрсаткичи бўйича тўғри. ЖССТ таърифи бўйича “Саломатлик” касаллик ва жисмоний камчилик эмас, балки бу шундай ҳолатки бундай инсон жисмонан, руҳан ва ижтимоий жиҳатдан манан етук бўлиши лозим.

Материал ва текшириш усуллар. “Саломатлик” кўрсаткичларни баҳолашда энг камида тўртда кўрсаткични баҳолашни таклиф этади.

-Текшириш пайтида сурункали касалликларнинг бор ёки йўқлиги.

-Жисмоний ва ақлий руҳий гормонал ривожланиш даражаси.

- Антропометрия (жисмоний ривожланиш кўрсаткичларини баҳолаш)ўтказилади.

-Ўсмир қизлар организмини органларини функционал даражаси.

- Ножўя таъсирларга организмни қаршилиқ кўрсатиш даражаси.

Бу кўрсаткич амалиётда ўз тасдиғини топди ва хозирда даволаш ва профилактика муассасаларида ишлатилиб келинмоқда. Ўсмир қизларни диспансер назорат қилишда, АОЗСК ва мактабларда ўқувчиларни систематик режали кўрув пайтида, Оила шифокорлари, спорт шифокори ва мутахассислар иштирокида тиббий кўрик пайтида (гинеколог, окулист, отоларинголог, жаррох, ортопед, невропатолог ва б.к.), аввалам бор уларда сурункали касалликлар бор-йўқлигига эътибор қаратилади. Органлар ва системанинг функционал ҳолатини клиник усуллар билан функционал синамалар ёрдамида аниқланилади. Организмнинг қаршилиқ кўрсатиш даражасини ўткир касалликлар билан касалланиш ва сурункали касалликларнинг қайталаниш даражасига қараб баҳоланади.

Натижа. Органлар морфо-функционал ўзгаришларининг нормага нисбатан ўзгаришини скрининг текширишда аниқлаш тиббий кўрик самарасини янада оширади. Энг самарали натижа берадиган скрининг-тесталар: Сивцева – Головина жадвали орқали кўрув ўткирлигини аниқлаш; Плантография -ясси товонни аниқлаш усули;

Сўровнома орқали болалар ва ўсмирлар ўртасида кенг тарқалган касалликларни бошланғич белгиларини аниқлаш усули орқали (ақлий руҳий касалликлар, ошқозон – ичак ва сийдик йўллари томонидан бузилишлар, аллергия реакцияларни юзага келиши, камқонлик, балоғат ёшдаги қизларларда гормонал ўзгаришлар ва бошқалар) аниқланади ва вақтида даволаниб касалликларни олди олинади. Тиббий кўрик

натажасига кўра 110 та текширув олиб борилган ўсмир қизлардан: 40% ошқозон ичак системасида ўзгаришлар, 20 % сийдик йуллари касалликлари, 10% юрак – қон томир касаллиги, 30 % гормонлар ўзгаришлар аниқланган.

Хулоса. Спортчиларни машғулотдан олдинги ва кейинги ҳолатига баҳо берилиб, жисмоний зўриқиш хисобига улардаги ўзгаришлар ўрганилади. Ўсмир қизларни ёшга нисбатан ривожланиши, жисмоний ва ақлий руҳий касалликларни, таянч-харакат тизимидаги ўзгаришларни баҳолаш; Қизларда менструал фаолиятини баҳолаш тести; Диққатни бузилиши гиперактивлик билан - ташхислаш тести. Скрининг текшириш усулларини ўсиш ривожланиш даврининг энг критик давларида қўллаш (11,13, 15, 17 ёш), бола организми нотурғун даврида бўлиб ташқи муҳит омилларига ўта таъсирчан бўлиб касалликлар ривожланишига жуда мойил бўлади бу усул касалликкача ташхислашнинг самарали усули бўлиб ҳисобланади.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К БОЛЕЗНИ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА

Акбарова С.Б.¹, Рахимбаева Г.С.²

¹*Андижанский государственный медицинский институт,*

²*Ташкентская медицинская академия,*

Аннотация: Собираемым термином «болезнь двигательного нейрона» (БДН) обозначают группу нейродегенеративных заболеваний неясной этиологии, характеризующихся селективным поражением мотонейронов, центральных и/или периферических, включая боковой амиотрофический склероз (БАС), прогрессирующую мышечную атрофию, первичный боковой склероз и прогрессирующий бульбарный паралич. Прогрессирующая мышечная атрофия — нейродегенерация, изолированно вовлекающая периферические, первичный боковой склероз — центральные и прогрессирующий бульбарный паралич — нижние мотонейроны бульбарного отдела. Эти заболевания встречаются гораздо реже и в отличие от БАС обычно более медленно прогрессируют.

Ключевые слова: Болезнь двигательного нейрона, нейродегенеративная заболевания, боковой амиотрофический склероз (БАС), поражения центрального и периферического мотонейрона, нейровизуализационные исследования, пояснично-крестцовая форма, шейно-грудная и бульбарная форма, МРТ, ЭМГ.

Цель исследования: Изучить современные и оптимальные подходы к диагностике болезни двигательного мотонейрона.

Материалы и методы исследования: В основу настоящей работы положены результаты обследования пациентов с БАС, были включены 60 пациента, 37 женщин и 23 мужчин, в возрасте от 35 лет до 65 года. Всем больным за указанный период в соответствии с Эль-Эскориальскими критериями был впервые установлен диагноз БАС, который формулировался как «достоверный лабораторно-подтвержденный БАС». Для параклинической верификации диагноза использовали электромиографию (ЭМГ), выявляющую генерализованное текущее поражение нижних мотонейронов, магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга и области проекции дебюта (шейный или пояснично-крестцовый отдел позвоночника) для исключения БАС-подобных синдромов и для подтверждения поражения верхнего мотонейрона.

Результаты: Результаты продленного исследования у 40 (42,5%) пациентов был выявлен спинальный дебют БАС, из них у 21 (22,05%) — шейный, у 13 (7,3%) — поясничный, у 6 (6,4%) — грудной, у 18 (19,1%) — бульбарный, у 2 (2,1%) — диффузный (практически одновременное поражение всех мотонейронов спинного мозга и бульбарного отдела ствола). По шкале ALSFRS медленный темп прогрессирования БАС установлен у 37 (39,3%) пациентов, быстрый — у 23 (24,4%).

Выводы: Таким образом, проведенное исследование демонстрирует, что БАС в большинстве случаев является мультисистемной нейродегенерацией, хотя именно прогрессирующая гибель двигательных нейронов в большинстве случаев определяет фатальный характер заболевания. Подход к изучению БАС как исключительно к дегенерации мотонейронов ограничивает возможности понимания его патогенеза. По современным представлениям, нейродегенеративные заболевания имеют схожий патогенез, при БДН лишь отмечается большая чувствительность мотонейронов к подобному повреждению.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЛИПИДНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА АНДИЖАН

*Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Исследователями утверждается, что поведенческие факторы риска (АГ, злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное питание, гиподинамия, микроэлементозы и нарушение липидного обмена.) вносят наибольший вклад в показатели терапевтического континуума и всех потерь нетрудоспособности населения любой страны.

Проблема изучения развития дислипидемии на уровне популяции и разработка новой стратегии профилактики нарушений липидного обмена является одной из важных на современном этапе. Во многих крупных исследованиях доказано, что риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС) выше в 4 раза у лиц с концентрацией ХС в крови 300 мг/дл по сравнению с теми, у кого эта концентрация не превышает 150 мг/дл.

Целью нашего исследования явилось изучение и оценка эпидемиологических особенностей формирования липидных факторов риска терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированной популяции.

Материалы и методы: Обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-инфицированного населения г.Андижан в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 507 человек. Исследование проведено совместно Андижанским областным центром по профилактике и борьбе СПИДом среди 263 женщин и 244 мужчин.

Результаты исследования. Отмечено, что нарушение липидного обмена у ВИЧ-инфицированного населения встречается довольно высокой частотой (63,7%). Липидные нарушения с большей распространенностью обнаруживается у ВИЧи мужчин (71,3%), чем у ВИЧи женщин (55,8%), $P < 0,05$. Повышенные уровни общего холестерина, триглицеридов и ХСЛПНП у женщин и мужчин наблюдаются следующей частотой соответственно: по 22,1% и 26,6% ($P > 0,05$), по 17,9% и 23,8% ($P > 0,05$), по 16,1% и 20,9% ($P > 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что имеются специфические особенности нарушения липидного обмена у ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин. Поэтому целесообразен дифференцированный подход при осуществлении лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Такие пациенты нуждаются, прежде всего, в увеличении фармакотерапии с учетом степени дисбаланса липидного обмена и, естественно, активной вторичной и третичной профилактики в отношении ДЛП. По-видимому, ВИЧи пациентам в подобных ситуациях показано безотлагательное назначение статинотерапии для профилактики терапевтического континуума.

ВОЗРАСТНОЙ ДИАПАЗОН ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

*Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

Эпидемия ВИЧ-инфекции охватила весь мир. У данных пациентов широко распространены нарушения липидного обмена. Существуют различные клинические варианты развития липодистрофии: истощение периферического жира на лице, конечностях и ягодицах (липоатрофия); центральный тип ожирения – избыточное накопление жировой ткани в области живота, молочных желез и дорсоцервикальной области (липогипертрофия); развитие липом. Данное перераспределение жировой ткани встречается как по отдельности, так и в сочетании между собой. В обзоре рассмотрены причины развития липодистрофий вследствие воздействия самой ВИЧ-инфекции, применяемых антиретровирусных препаратов и возрастных изменений пациентов.

Наш анализ был посвящен к изучению распространенности нарушений липидного обмена у ВИЧ-инфицированного населения в зависимости от возраста.

С возрастом нарушение липидного обмена в 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 прослеживаются 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 ОХС в связи с возрастом разнятся на 19,2% или определяются 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 $\geq 50-69$ лет – 40,0% ($P < 0,05$). 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 $\geq 50-69$ 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% ($P < 0,05$).

Полученные нами результаты также свидетельствуют, что повышенные уровни ХС ЛПНП среди обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов диагностируются в зависимости от возраста с увеличением в 2 раза ($P < 0,05$). Распространенность данного липидного фактора в различные возрастные периоды разнятся и выявляются 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 $\geq 50-69$ 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 возрастным фактором на фоне ВИЧ-инфекции.

ГИПЕРГЛИКЕМИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

*Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

В литературе указывают на наличие более 200 различных факторов риска, наиболее важными из которых являются дислипидемия, артериальная гипертензия, курение, гипергликемия (ГГЛ) сахарный диабет, ИМТ, ожирение, низкая физическая активность, наследственная предрасположенность и нарушение системы свертывания крови. Влияние этих факторов риска на развитие хронических неспецифических заболеваний очень велика и они характеризуются с наибольшей распространенностью среди населения.

Целью нашего исследования явилось изучение и оценка эпидемиологических особенностей формирования факторов риска терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы исследования. Обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-инфицированного населения г.Андижан в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 507 человек. Исследование проведено совместно Андижанским областным центром по профилактике и борьбе СПИДом среди 263 женщин и 244 мужчин.

Комплексное исследование проводилось с использованием стандартизованных и унифицированных опросных, инструментальных и биохимических методов.

Результаты исследования. Данные исследования показали, что среди ВИЧ-инфицированной популяции в возрасте 20-69 лет ГГЛ диагностируется с частотой 27,0%. Отмечено, что ее распространенность достоверно выше у мужчин (30,7%), чем у женщин ВИЧ-инфицированных (23,6%); $P < 0,05$.

По нашим данным с возрастом выявляемость ГГЛ у обследованной популяции ВИЧ-инфицированных пациентов существенно возрастает.

Обнаружено, что выявляемость гипергликемического синдрома у ВИЧ-инфицированных пациентов различаться существенно в различных возрастных группах более чем в 2,4 раза ($P < 0,01$). В возрастной группе 20-29 лет ГГЛ наблюдается у каждого 5-го ВИЧ-инфицированного пациента (20,8%); в 30-39 лет – ее частота составляет 30,6%, то есть 40-49 летних пациентов ГГЛ обнаруживается с незначимым увеличением в уровне не более 30,8% ($P > 0,05$), в возрастной группе 50-59 лет ее частота составляет 37,5%, а в группе пациентов $\geq 60-69$ лет – ГГЛ диагностируется с наибольшей частотой (50,0%), то есть увеличением по сравнению с ее показателями в предыдущей группе на 12,5% или в 1,3 раз ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что ГГЛ вносит существенный вклад в формирование эпидемиологических условий терапевтического континуума у ВИЧ-инфицированного населения.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА АНДИЖАН

*Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Последние два десятилетия ознаменовались значительными успехами в эпидемиологии ХНЗ (хронические неинфекционные заболевания), в то же время вопросы ранней эпидемиологической диагностики этих заболеваний, особенно природы их факторов риска в отдельных странах или популяциях, в первую очередь у ВИЧ-инфицированного населения, на превентивном этапе, остаются приоритетными направлениями в современной науке и загадкой практического здравоохранения.

В связи с этим изучение и оценка состояния микроэлементного (МТОЗы) статуса у ВИЧ-инфицированной популяции является актуальной проблемой, чему и посвятили мы своё исследование.

Материал и методы исследования. Обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-инфицированного населения г.Андижан в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 507 человек. Комплексное исследование проводилось с использованием стандартизованных и унифицированных опросных, инструментальных и биохимических методов. Примененный научный подход одобряется в современных исследованиях и рекомендуется международным опытом для широкого использования.

Результаты исследования. 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.

Данные о распространенности нарушений микроэлементного статуса у ВИЧ-инфицированной популяции в зависимости от возраста показали, что частоты 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 $\geq 50-59$ 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 $\geq 50-59$ 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.

Так, в возрасте до 30 лет частота МТОЗов составляет 72,8%, а после 30 лет – 89,2% ($P < 0,05$).

Вывод. Таким образом, основными ассоциированными с неблагоприятными эпидемиологическими ситуациями у подавляющего большинства ВИЧ-инфицированных факторами риска являются МТОЗы.

Отсюда важной задачей современных исследований является изучение эпидемиологии и особенностей профилактики факторов риска вторичных соматических заболеваний или их осложнений терапевтического континуума среди ВИЧ-инфицированной популяции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЁМ

Алиев Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из наиболее тяжёлых и частовстречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система,

посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения КПЛ, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные КПЛ получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – DIS КРЕМ. Крем наносилась на пораженную поверхность 2 раз в день на протяжении всего периода проведения лазерной терапии.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных КПЛ повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

ЛЕЧЕНИЯ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА

*Алиев Л. М., Батиров К. З., Кучкаров А. А., Муминов М. М.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: изучить клиническую эффективность комплексной терапии больных кандидозным баланопоститом при наружном применении крема 2% сертаконазол в сочетании с пероральным приемом флюконазол 150 мг.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 21 больных мужчин, в возрасте от 26 до 61 лет, с разной продолжительностью течения баланопостита (от 1 мес. до 3-х лет). Пациенты обратились с жалобами на дискомфорт, жжение, покраснение, отечность головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти, рассеянные мелкоточечные высыпания красного цвета, местами поверхностные эрозии, творожистый налет, неприятный запах с половых органов. Первопричиной заболевания 9 человек считали половой контакт без предохранения, 6 человек указали на предшествовавшее простудное состояние и прием антибактериальных препаратов, 3 человека назвали возможной причиной несоблюдение гигиены и 3 мужчин не смогли назвать причину. Ранее 8 пациентов получали наружно и перорально различные антимикотики. Эффект при этом был кратковременный. При лабораторном исследовании соскоба с головки полового члена выявлены мицелии и почкующиеся

дрожжевые клетки. По результатам культурального исследования выделены *Staphylococcus epidermidis* и *Enterococcus faecalis*. Проведены лабораторные исследования на инфекции, передаваемые половым путем и анализ крови на глюкозу. На основании объективного состояния и полученных результатов лабораторных исследований больным назначался наружно 2% крем сертаконазол два раза в сутки, в течение семи дней и внутрь флюконазол 150 мг - однократно, на первый день лечения.

Результаты: в процессе лечения на третий-четвертый день отмечалось значительное уменьшение дискомфорта, жжения, покраснения, отека головки полового члена и крайней плоти, запах отсутствовал. Сохранялись скудный налет, единичные эрозивные элементы, небольших размеров. На 6-й -8-й день лечения пациенты жалоб не предъявляли. Головка полового члена и крайняя плоть имели обычную окраску, высыпания отсутствовали. Контрольная микроскопия соскоба с головки полового члена и крайней плоти проведенные через две недели, а затем через один месяц после лечения грибов рода кандиды не выявило.

Выводы: для лечения больных кандидозным баланопоститом можно рекомендовать наружное применение крема 2% сертаконазол в сочетании с однократным пероральным приемом флюконазол 150 мг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПРОЦЕССЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Алиев Л.М.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель исследования: Изучить перекисное окисление липидов (ПОЛ) путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и состояние ферментативного звена антиоксидантной системы по активности каталазы крови у больных красным плоским лишаём.

Материалы и методы: У 16 больных (9 - мужчин, 7 - женщин) красным плоским лишаём в возрасте от 16 до 42 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением лазерной терапии.

Результаты: До лечения у больных красным плоским лишаём отмечалось повышения содержания МДА ($4,4 \pm 0,04$ ммоль/мл) по сравнению с группой контроля ($3,2 \pm 0,006$ ммоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до $4,07 \pm 0,04$ ммоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы была значительно снижена ($191,46 \pm 1,17$ ед. экстинкции) по сравнению с контролем ($313,04 \pm 0,5$ г ед. экстинкции). После 5-й процедуры лазерной терапии у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы ($236,33 \pm 1,20$ ед. экстинкции), по после 10-й процедуры лазерной терапии т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным ($189,34 \pm 2,52$ ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных КПЛ повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЕНФЕРОН» У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕДАЮЩЕЙСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Алиев Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Генферон» у больных урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 28 больных в возрасте от 18 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. Мужчин было 16, женщин - 12. У 15 больных была диагностирована микста инфекция, вызванная хламидиями, трихомонадами, микоплазмами и гарднереллами, у 13- генитальный герпес. Исследование на трихомонад проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу. Все больные принимали антибиотикотерапию (азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, метронидазол и др.) в соответствии с установленным диагнозом. Дополнительно к этому больным назначали препарат «ГЕНФЕРОН» фирмы ROS-FARM-TUR: женщинам интравагинально (мужчинам- ректально) по 500000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней

Результаты. У больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 6 до 15 дней. Лабораторное исследование после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 26 (92,9%) из 28 больных. Только у двух больных с хламидийно-микоплазменным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы. Таким образом, комбинация антибиотиков с генфероном при лечении больных ИППП является предпочтительным и даёт более высокие положительные результаты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Алиев Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения КПЛ, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия которой

лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные КПЛ получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – DIS КРЕМ. Крем наносилась на пораженную поверхность 2 раз в день на протяжении всего периода проведения лазерной терапии.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных КПЛ повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Этиологическими факторами гастропатий могут быть хеликобактериозная инфекция, прием нестероидных противовоспалительных средств и кортикостероидов, стресс, злоупотребление алкоголем, курение, химические и физические гастродуоденальные травмы, ДВС-синдром, ожоги(язвы Курлинга), почечная и печеночная недостаточность, сахарный диабет, заболевания эндокринной системы, опухоли желудка. Как и других патологиях, при гастропатиях наблюдаются различные нарушения со стороны иммунной системы, которые в большинстве случаев утяжеляет течение болезни, способствуя к развитию тяжелых последствий и осложнений.

Целью данной работы явилось: изучение показателей системного иммунитета у больных с гастропатиями хеликобактериозной этиологии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 200 больных с гастропатиями различной этиологии в возрасте от 18 до 60 лет. Основную группу составляли 81(40,5%) больных, у которых диагноз хеликобактериоза подтвержден бактериологически выделением возбудителя из биоптатов слизистой оболочки желудка и серологическим методом ИФА. Остальные 119 (59,5%) составляли контрольную группу. Концентрацию С-3 фрагмента комплемента в крови определяли в соответствии с рекомендациями Меньшикова В.В(1987). Уровень в крови циркулирующих комплексов (ЦИК) определяли методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля. Изучение метаболической активности нейтрофилов в НСТ-тесте проводили по методу Шубича М.Г и Медникова В.Г(1978). Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты проведенных исследований, и в основной и в контрольной группах больных показатели местного иммунитета, за исключением уровня ЦИК в крови, оказались достоверно низкими в сопоставлении с нормой. В отношении показателя ЦИК выявлены следующие цифровые данные: в

основной группе-108,0±3,6%, в контрольной-98,3±2,2% (при норме 90,0±1.85 %). Наиболее выражено угнетение функциональной активности нейтрофилов, оцениваемое по значениям НСТ-теста. Установлены следующие величины упомянутого параметра: в основной группе-90,2±4,5 ед., в контрольной-96,67±5,7 ед. (при норме 100,0±4,4 ед).

Выводы. Полученные результаты проведенных исследований свидетельствуют о значительном напряжении системного иммунитета у больных гастропатиями хеликобактериозной этиологии. Если подавление функциональной активности нейтрофилов по НСТ-тесту показывает о развитии иммунодефицита по клеточному типу, то повышение уровня в крови ЦИК является проявлением выраженности гиперчувствительности 3 типа по Гелл и Кумбсу. Последнее явление будет способствовать усиленному образованию иммунных комплексов по типу преципитатов, что может быть одним из пусковых механизмов развития поражения различных органов и систем при хеликобактериозе, в том числе почек, печени, сердечно-сосудистой системы и другой полиорганной патологии.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЁШГА БОҒЛИҚ ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

*Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги кунда семизлик бутун дунёда бўлгани каби Ўзбекистонда ҳам давримизнинг энг долзарб муаммоларидан бирига айланиб улгурди. У юрак қон томир касалликлари, жумладан артериал гипертониянинг келиб чиқишига ва ривожланишига олиб келувчи хатарли омиллардан бири ҳисобланади. Артериал гипертониянинг бошқа хатарли омилларидан фарқли ўлароқ, ортиқча тана вазни бошқарса бўладиган омиллар қаторига киради ва уни камайтирилиши ёки бартараф этилиши касалликни номедикаментоз даволаш усуллари билан бири ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Андижон шаҳри уюлмаган аҳолиси орасида артериал гипертониянинг хатарли омилли – ортиқча тана вазнининг тарқалиши ва унинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Текширувда 15 ёшдан 70 ёшгача бўлган 658 нафар эркак ва 562 нафар аёллар қатнашган. 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 семизликнинг I синфи, 35,0-39,9 бўлса семизликнинг II синфи ва 40 ≥ бўлса семизликнинг III синфи деб баҳоланди.

Олинган натижаларни кўрсатишича, 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 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.

Ўтказилган тадқиқот натижаларидан кўриниб турибдики, ортиқча тана вазни аёллар орасида эркакларга нисбатан 1,8 марта кўп учрайди. Ёш ўтиб бориши билан бу кўрсаткич ҳар иккала жинс вакиллари орасида ортиб боради.

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кадиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Самым опасным осложнением цирроза печени является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. 30-45% больных умирают от этого осложнения и риск летального исхода тем выше, чем хуже функциональное состояние печени (класс цирроза печени по Чайлд-Пью, уровень билирубина, наличие тромбоцитопении, уровень ПТИ и др.) к моменту возникновения кровотечения. Многие годы предпринимаются попытки профилактики кровотечений с помощью снижения давления в воротной вене бета-блокаторами. В большинстве случаев используется пропранолол. Его эффект основан на уменьшении кровотока в сосудах органов брюшной полости.

Нами были обследованы 22 больных (основная группа) циррозом печени в возрасте старше 17 лет, у которых ранее было кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (10 из них с циррозом класса С по Чайлд-Пью, остальные 12 с циррозом печени класса В по Чайлд-Пью). Контрольную группу составили 20 больных с аналогичным диагнозом. Все больные основной группы принимали пропранолол по 40 мг/сут наряду с традиционным методом лечения в течение 3 месяца, соблюдали определенный режим и диету. Больные контрольной группы не принимали пропранолол. В период проведения исследования в контрольной группе отмечалось кровотечение у 5 больных, в основной группе, где принимали пропранолол кровотечение наблюдалось у 2 больных с циррозом печени класса С по Чайлд-Пью, у больных с циррозом класса В по Чайлд-Пью кровотечение не наблюдалось.

Результаты исследования показывают, что длительный регулярный приём пропранолола у больных циррозом печени может способствовать уменьшению риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и положительно влиять на качество жизни больных при соблюдении больными всех рекомендаций.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

*Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

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

За последние годы в Андижанской области отмечается высокая заболеваемость хроническими вирусными гепатитами, растет число различных осложнений и остаточных явлений у реконвалесцентов. Поэтому своевременная диагностика этих

заболеваний у перенесших вирусный гепатит в период диспансеризации является актуальной задачей.

Первичную диспансеризацию больные вирусными гепатитами проходят в стационаре, в дальнейшем в поликлинике по месту жительства.

Под нашим наблюдением находились 150 человек (взрослые от 17 до 60 лет). К остаточным явлениям после перенесенного вирусного гепатита отнесены: астено-вегетативный синдром, диспептический синдром, гепатомегалия, гипербилирубинемия, гиперферментемия. К осложнениям относятся развитие хронического активного гепатита (ХАГ) и формирование цирроза печени. При исследовании астено-вегетативный синдром отмечался у 28% переболевших вирусным гепатитом, диспептические явления у 11%, гепатомегалия у 34%, гипербилирубинемия у 23%, цирроз печени у 7% является самым серьезным исходом гепатита В. Осложнения у перенесших вирусный гепатит должны привлекать внимание не только врачей-инфекционистов, а также участковых терапевтов.

Таким образом, рекомендации по соблюдению режима и диеты, а также лечения должны быть направлены на полную реабилитацию перенесших вирусный гепатит лиц в процессе диспансеризации. Целью диспансерного наблюдения является купирование активности гепатита и обеспечение развития стабильной ремиссии. Активное наблюдение 2 раза в год: проводится оценка жалоб и объективного статуса, одновременно исследуется уровень трансаминаз, а при наличии показаний объем исследований расширяется.

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

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

ЭРКАКЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЎЗГАРИШИ ВА ТАРҚАЛИШИ.

*Аҳмадалиева У.Қ., Салохиддинов З.С., Кодиров Д.А.,
Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Артериал гипертония (АГ) юрак қон-томир касалликлари орасида ва бу хасталикларнинг хатарли омили сифатида энг кўп тарқалган касаллик ҳисобланади. Одам ёши улғайиши билан АГ купроқ учрайди ва 60 ёшдан ошганларнинг 50 % идан кўпроғида аниқланади. АГ нинг келиб чиқиши, ривожланиши ва турли хил асоратларнинг юзага чиқишида хатарли омилларнинг ўзига хос ахамияти бор.

Биз эркаклар орасида АГ хатарли омилларининг эпидемиологияси ва уларнинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгаришини аниқлашни мақсад қилиб олдик.

Андижон шаҳрининг 15-79 ёшли ва ундан ошган аҳолиси (1313 нафар) орасида АГ нинг хатарли омиллар билан алоқадорлик даражаси сўровномали, асбоб-ускунали, биохимик ва эпидемиологик усулларни қўллаган ҳолда қиёсий ўрганиб чиқилди.

Тадқиқотда олинган натижаларга кўра, эркакларда АГ ни келтириб чиқарувчи 11 та хатарли омиллар устиворлик қилади ва улар популяцияда турлича даражаларда аниқланди. Энг кўп тарқалган хатарли омил кашандалик бўлиб, у 55,5 % эркакларда кузатилди, унга нисбатан 2,6 марта кам бўлиб рухий зўриқиш (21,1 %), 2,8 марта кам дислиппротеидемия (19,6 %), ош тузини кўп истеъмол қилиш омили 4,1 марта кам

(13,5 %) аниқланди. Коагулологик хатарли омил (КХО) – 11,9 %, гиподинамия – 11,7 %, ирсий мойиллик – 11,6 %, гиперхолестеринемия (ГХС) – 8,5 % гипертриглицеридемия (ГТГ) – 10,1 %, ортиқча тана вазни (ТМИ>25) 9,0 % алкоғолни суистеъмол қилиш 5,7 % эркақларда аниқланди.

Шу билан бир қаторда ўрганилган хатарли омилларнинг ёшга боғлиқ ҳолда ўзгариши аниқланди. Жумладан, ДЛП 15-19 ёшдаги эркақларнинг 11,9 % ида аниқланган бўлса, 70 ёшга бориб улар 36,2 % ида кузатилди, ГХС 3,6 % дан 16,8 % га, ГТГ 5,6 % дан 18,9 % га, КХО 2,2 % дан 21,3 % га ортган. Рухий зўриқиш 6,4 % дан 26,2 % га ва ош тузини кўп истеъмол қилиш 3,8 % дан 22,8 % гача, гиподинамия 2,3 % дан 25,4 % гача, ортиқча вазни эркақлар сони эса 1,1 % дан 18,7 % гача, алкоғолни суистеъмол қилиш 1,5 % дан 6,8 % гача, кашандалик 34,7 % дан 48,6 % га кўпайган.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, Андижон шаҳрининг эркақлар популяциясида АГнинг хатарли омиллари кенг тарқалган ва улар ёш ўтган сари ортиб бориб, касаллик ривожига ўз таъсирини ўтказди. Бу таҳлилларни эътиборга олган ҳолда мавжуд даволаш-профилактик дастурларни такомиллаштириш аҳоли орасида гипертония билан касалланганлар сони камайишига олиб келади.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

*Ахмадалиева У.К., Салоҳиддинов З.С., Валиева М.Ю.,
Алибеков Ш.О., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить клинико-патогенетическую роль специфической жировой дистрофии печени у больных хроническим гепатитом С и оптимизировать на этой основе проводимую им комплексную противовирусную терапию.

Материалы и методы исследования: первоначально под наблюдение было взято 42 пациента с ПЦР- положительным ХГС, не имевших явных клинических признаков цирроза печени. Соотношение лиц мужского и женского пола оказалось равным соответственно 67,3% и 32,7%. Возраст пациентов колебался от 18 до 54 лет.

Результаты исследования: в группу сравнения вошли 36 практически здоровых человек. До момента обследования больные не получали какого-либо противовирусного лечения. После первично проведенных клинико-инструментальных исследований пациенты с избыточной массой тела (ожирением), метаболическим синдромом, сахарным диабетом, гипертонической и коронарной болезнями; регулярно потреблявшие алкоголь и наркотики, принимавшие препараты глюкокортикостероидных или половых гормонов, страдавшие циррозом печени и другими заболеваниями гепатобилиарной зоны, а также лица старше 45 лет в количестве 48 человек были в дальнейшем из исследования исключены.

Все указанные пациенты в той или иной мере представляли группы риска по инфицированию вирусом гепатита С. Во всяком случае, в анамнезе у них были выявлены оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов, многочисленные инъекции, лечение и удаление зубов, эпизоды наркомании, сексуальные и тесные бытовые контакты с больными ХГС, контакты с биологическими жидкостями человека у медицинских работников и т.п. В клинической картине у наблюдавшихся больных ХГС чаще всего встречались астенический и диспептический синдромы (64,9% и 55,0% соответственно). Реже - болевой (35,1%) и - коагулопатический (12,9%). Гепатомегалия была выявлена у 93 пациентов (47,9%). Пальпаторно печень была умеренно увеличена, слегка болезненна, зачастую изменена ее консистенция. Спленомегалия обнаружена в 2,6% случаев. Физикально у таких больных пальпировался умеренно болезненный край селезенки. В большинстве случаев

гепато- и спленомегалия, установленные физикально, подтверждались ультразвуковым исследованием. По данным УЗИ у всех больных ХГС были обнаружены диффузные изменения печени, проявлявшиеся усилением эхосигналов.

При исследовании биохимических показателей крови наиболее часто выявлялся синдром цитолиза. Повышение активности сывороточных АЛАТ и АсАТ обнаружено у 52,1% пациентов. Умеренное повышение общего билирубина выявлено у 3 пациентов (1,5%), тимоловой пробы - у 68 (35,0%) и снижение ПТИ - у 19 (9,8%).

Выводы: 1. Количественное содержание в крови таких компонентов липидного обмена как общие липиды, общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности не выходит у больных хроническим гепатитом С за пределы нормальных значений и не зависит от наличия или отсутствия специфической жировой дистрофии печени.

2. У больных хроническим гепатитом С, независимо от наличия или отсутствия специфического стеатоза печени, отмечается повышение в плазме крови уровня малонового диальдегида, а в эритроцитах супероксиддисмутазы при параллельном снижении активности эритроцитарной каталазы.

ИЗУЧЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ МИЕЛОМЕ

*Ахмедов Б.Х., Нишонова Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахонова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Состояние мезенхимального компонента костномозговой стромы при других вариантах гемобластозов практически не изучено. Множественная миелома (ММ)— лимфопролиферативное заболевание. Значительный прогресс в лечении пациентов с ММ достигнут за счет внедрения в клиническую практику новых лекарственных препаратов и проведения трансплантации аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (аутоТГСК).

Установлены количественные и качественные изменения мезенхимальных клеток стромы костного мозга (МСК) больных острыми и хроническими лейкозами как в момент диагностики основного заболевания, так и после проведенного лечения.

Однако количественный и качественный состав стромы костного мозга больных ММ остается малоизученным.

Цель исследования: изучить пролиферативный потенциал и культуральные особенности МСК пациентов с ММ в момент диагностики основного заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 7 пациентов с ММ до начала проведения программной химиотерапии. Медиана возраста составила 55 лет (42–61 г.). Костный мозг получали при процедуре стерильной пункции.

Результаты исследования. Все полученные культуры представлены клетками типичной для МСК морфологии. Адгезированные на поверхности флакона клетки образовывали дискретные клеточные колонии характерной формы, которые при продолжении культивирования сливались и формировали конfluентный монослой. Подсчет КОЕ-Ф производили на 7 сутки от начала культивирования с использованием инвертированного микроскопа.

Среднее количество КОЕ-Ф в культурах, полученных от пациентов с ММ, составило $2,8 \pm 1,78$ ($n=7$) КОЕ-Ф на 1×10^6 выделенных из костного мозга миелокариоцитов, что оказалось в 4,2 раза меньше, чем аналогичный показатель, определенный для миеловзвеси доноров ($11,73 \pm 5,54$, $n=7$). Выявленные отличия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Второй исследованный показатель— время достижения клетками первичного посева (P0) сливного роста, который косвенно отражает число мезенхимальных

стволовых элементов. В случае исследования костного мозга пациентов с ММ культуры клеток достигали стадии сливного роста за $23,5 \pm 6,3$ ($n = 7$) суток, что превышает аналогичный показатель у доноров в среднем на 7,2 суток (для МСК доноров этот период составил $16,3 \pm 2,8$ ($n = 7$) суток).

При определении кариотипа МСК, полученных из костного мозга больных ММ, во всех случаях хромосомных аберраций не выявлено.

Выводы. Таким образом, на момент диагностики основного заболевания установлены количественные и качественные изменения мезенхимальных клеток стромы костного мозга больных с ММ, а именно—уменьшение количества КОЕ-Ф и существенное снижение скорости роста культуры.

КЛИНИКО-МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ

*Ахмедов Б.Х., Нишонова Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на успехи современной ангиохирургии, тромбоз глубоких вен конечностей (ТГВ) остается одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Это связано с неуклонным ростом частоты ТГВ, которая достигает 160 случаев на 100 000 населения в год. Столь высокая заболеваемость обусловлена изменениями образа жизни современного человека (гиподинамия, характер питания, избыточная масса тела и др.), увеличением травматизма, все более частым возникновением наследственных и приобретенных нарушений системы гемостаза, распространенностью онкологических заболеваний, неконтролируемым приемом гормональных препаратов и др. По данным ряда авторов частота возникновения послеоперационного ТГВ варьирует от единичных случаев до 71% наблюдений.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные изменения в афферентных лимфатических сосудах и в подколенных узлах конечности при экспериментальном тромбозе вен, оценить возможности их коррекции путем применения димефосфона и регионарной лимфотропной гепаринотерапии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 56 пациентов с экспериментальным флеботромбозе.

Результаты исследования. В ранние сроки (первые 5 суток) экспериментального флеботромбоза в лимфатических узлах пораженной конечности обнаруживается диффузное полнокровие и отек стромы с участками диапедезного кровоизлияния, а также лимфотромбоз и расширение просвета доузловых лимфатических сосудов, В последствии (на 25-30 сутки) эти изменения переходят в склеротические.

При венозном тромбозе в доузловой лимфе, оттекающей от пораженной конечности выявляются гиперкоагуляционные сдвиги, а также повышается активность фосфолипазы А_г

Регионарное лимфотропное применение гепарина приводит к выраженному уменьшению морфологических изменений периферического сектора лимфатической системы, а также значительно снижает коагуляционный потенциал, усиливает фибринолитическую и противосвертывающую активность лимфы, оттекающей из тканей пораженной конечности. Указанное воздействие способствует уменьшению клинических проявлений флеботромбоза.

При использовании димефосфона в лечении экспериментального флеботромбоза по сравнению с гепарином в большей степени снижается активность фосфолипазы А_г, тогда как морфологические изменения лимфатических узлов и сосудов конечности и

коагуляционный потенциал уменьшается в меньшей степени. Лечебное влияние димефосфона по сравнению с гепарином менее выражено.

Эффекты проведенной терапии и контрольные данные показывают, что морфофункциональные изменения в периферических лимфатических узлах и сосудах являются отягощающим фактором в течении экспериментального флеботромбоза, что следует учитывать при назначении адекватной терапии.

Вывод. Установлены морфофункциональные нарушения в регионарных лимфатических сосудах и узлах конечности в различные сроки экспериментального флеботромбоза, что позволило этиологически обосновать необходимость применения регионарной лимфотропной гепаринотерапии и димефосфона с целью коррекции патологических изменений в регионарной части лимфатической системы.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЎЗ ТУБИДАГИ ПАТАЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ ОКТ-АНГИО РЕЖИМИДА БАҲОЛАШ

Ахмедов Т.Б, Каримова М.Х.

*Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургия илмий-амалий тиббиёт
маркази*

Мавзунинг долзарблиги. Сўнги йилларда жигар касаллиги билан оғриган беморлар сони кўпайиши кузатилмоқда. Ҳар йили 1 миллионга яқин одам гепатит В вируси асоратларидан вафот этади, бу эса барча ўлим сабаблари орасида 10 ўринни эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 3% (тахминан 170 миллион киши) гепатит С вируси билан касалланган бўлса, 85% ҳолларда касаллик сурункали жараёнга айланиб, 15-25 йил ичида жигар циррози ёки бирламчи жигар саратони билан яқунланади. Жигар организмдаги муҳим аъзо бўлиб, оқсил, углевод, витамин, ферментлар ва минераллар алмашувинида аҳамияти катта. Бу мувозанатни бузилиши барча аъзолар қатори кўрув анализаторида ҳам патоморфологик ўзгаришларга сабаб бўлмоқда. Жигар тўр пардадаги биокимёвий реакциялар учун муҳим бўлган витамин А нинг депосидир. А витамини фаол ҳолатга келиши бевосита рух моддасига боғлиқдир. Жигар рух моддасини ўзида сақлаб, бутун организм бўйлаб тарқалишини идора қиладиган янога аъзодир.

Тадқиқот мақсади. Жигар циррози бўлган беморларнинг тўр парда ва хориоидея каватидаги ўзгаришларни ОКТ-Ангио режимида текшириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Жигар циррози билан касалланган 30 та бемор (60 та кўз) ва назорат гуруҳи 15 нафар ўрта ёшли соғлом одамлар текширилди. Жигарнинг функционал фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий, ферментатив, лаборатор ва инструментал текширув хулосаларидан фойдаланилди. Стандарт офтальмологик текширувлардан ташқари, беморларда тунги кўриш фаолияти ва кўриш майдони текширилди. Барча беморларга ОКТ-Ангио текшируви ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Жигар циррози билан оғриган беморларни 35% ҳолларда кўрув майдонидаги торайиш ва 25% ҳолатда марказий кўришни бузилиши кузатилди. Гемералопия 45% беморларда кузатилиб, ҳар хил даражада намаён бўлди. ОКТ-Ангиография текширувида тўр пардада қаттиқ ва юмшоқ друзлар, макуладаги дегенратив ўзгаришлар, пигментли эпители каватидаги дистрофик ўзгаришлар билан бар қаторда хориопатия ва хориоретинопатик ўзгаришлар кузатилди. Жигар циррозини оғир кўриниш ҳолатларида пигментли эпителий каватини тўлиқ дистрофияси ва хориоидал неоваскулизацияни кузатилди. Бундай ҳолатда беморларнинг кўриш ўткирлиги, кўриш майдони ўзгаришлар, ҳамда никталопия билан бир қаторда метоморфобсия ҳам кузатилди. 65% ҳолларда визуал анализаторнинг қизил ва яшил рангларга лабиллигининг пасайиши аниқланди.

Хулоса. Жигар циррози билан оғриган беморлардаги патоморфологик ўзгаришлар организмдаги барча аъзо ва тўқималар билан қаторда кўрув анализаторида ҳам бир канча ўзгаришларни келтириб чиқариши аниқланди. Беморларда қарилик макула дегенерациясини эрта ривожланиши жигар ферментлари фаолиятига бевосита боғлиқлиги ОКТ-ангио хулосалари асосида ўз тастигини топди.

АЛЛЕРВЭЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

*Батиров К. З., Кучкаров А. А., Алиев Л. М., Абдурахманов А. А.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Несмотря на широкий спектр и различные лекарственные формы противоаллергических препаратов, ученые продолжают поиск и разработку средств нового поколения. Перед учеными поставлена задача – создание лекарств, идеально сочетающих в себе антигистаминную, противоаллергическую, противовоспалительную активность, при этом свободных от недостатков своих предшественников. В последние годы на фармацевтическом рынке Узбекистана присутствует Аллервэй оптический изомер цетиризин, селективный обратный антагонист H₁-рецепторов.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность препарата Аллервэй у больных различными дерматозами (экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой).

Материалы и методы исследования. Нами было проведено лечение 125 больных (78 мужчин, 47 женщин) экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой, в возрасте от 10 до 56 лет. Из 125 больных у 45 (25 мужчин, 20 женщин) пациентах была диагностирована крапивница, у 21 (соответственно 10 и 11) – атопический дерматит, у 22 (соответственно 12 и 10) – нейродермит, у 18 (соответственно 7 и 11) – почесуха, у 19 (соответственно 8 и 11) – экзема. Аллервэй – препарат 2 поколения антигистаминных средств, обладающий мощным и длительным антиаллергическим действием. Аллервэй – препарат, который начинает действовать уже через 20 минут после приема внутрь, причем независимо от приема пищи и времени суток. Для устранения всех симптомов аллергии достаточно 1 таблетки соответствующей дозировки в сутки, как на ранней, так и на поздней стадии аллергической реакции. Препарат может быть показан для длительного применения (в среднем от 1 до 6 недель, существует также клинический опыт применения препарата до 18 месяцев). Больные принимали по 5–10 мг 1 раз в день в течение 20 дней.

Результаты. У всех больных наблюдался хороший терапевтический эффект (отмечался полный регресс высыпаний, исчезновение клинического симптома дерматозов, такой как зуд) и увеличение периода ремиссии.

Выводы. Аллервэй помогает на ранней и поздней фазе аллергической реакции, оказывает антигистаминное и противозудное действие. Он имеет хороший профиль безопасности, не взаимодействует с пищей и лекарственными препаратами. Препарат предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает антиэкссудативное, противозудное действие; практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинергического действия.

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 сцинтиграфия 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 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 нагрузкой. 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.

КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА УНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛИШИ

*Бахриддинова Н.М., Таштемирова И.М.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Кириш. Артериал гипертензия (АГ) – энг кўп тарқалган ноинфекцион касалликлардан бири хисобланади. Артериал гипертензия кардиологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир. 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 сахар ва қишлоқларда АГни қай даражада тарқалганлиги ҳақида илмий тадқиқот ўтказдик. Илмий тадқиқот АДТИ клиникасининг I ва V- терапия кардиология бўлимларида даволанган аёл беморлар текширувга олиниб, касаллик тарихларини ретроспектив ўрганиш асосида олиб борилди.

Илмий тадқиқот натижалари. Ўрганиш мобайнида аёлларни ёши гуруҳларга ажратиб олинди ва натижалар тахлилига кўра қуйидаги натижалар олинди. Аёллар орасида АГни ёшга хос тарқалганлиги қуйидагича: 1650 та бемор аёл даволанган: уларнинг ёшига нисбатан тарқалиши 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. 2012- 2014 йиллар давомида даволанган аёллар ўртасида сахарлик аёллар 51,2%ни, қишлоқларда истикомат қилувчи аёллар эса 48,8%ни ташкил қилди. Бизнинг тешшириш натижаларимизда АГ билан оғриган сахарлик аёллар сони билан қишлоқда истикомат қилган аёллар орасида статистик ифодаланган тафовут аниқланмади. 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% қузатилган. Натижаларга кўра ритм бузилишларидан энг кўпи СТ бўлиб, бу кўпроқ 20-29; 30-39 ёшдаги аёлларда кўп учраган.

Хулоса: Ушбу олиб борган илмий тадқиқот натижалари АГ ва уни келтириб чиқарувчи хавф омилларини тарқалиши, сахар ва туманларда яшовчи аёлларда АГни 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 ахамиятга эга бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади.

ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

*Бектемирова Ш., Уктамова Ю., Холмуродова Х., Хасанов О.Г.
Самаркандский Государственный медицинский университет.*

Актуальность: Неалкогольная жировая болезнь печени представляет собой накопление жира в клетках печени. Развивается у пациентов, не употребляющих алкоголь в гепатотоксических дозах. Является одним из распространенным среди заболеваний в гепатологии. Патогенезом НАЖБП при СД 2 типа является инсулинорезистентность, нарушения липидного, углеводного обмена и дисбаланс потреблением и утилизацией липидов. В связи и этим риск развития НАЖБП среди пациентов с сахарным диабетом второго типа, с повышенным уровнем триглицеридов крови, ожирением является высоким.

Цель работы: изучение профилактики и диагностики неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: для исследования выбраны пациенты, обратившиеся в Городскую больницу №1 Самаркандской области с нижеуказанными жалобами Пациентов разделили на две группы. У первой группы пациентов жалобы на повышенную утомляемость, ноющую боль или дискомфорт в области правого подреберья не имеющий связь с приемом пищи. Вторая группа пациенты с ожирением, нарушением обмена глюкозы, дислипидемией и артериальной гипертензией. В исследовании использовались следующие методы: сбор жалоб, сбор анамнеза (наличие факторов риска, не частое употребления алкоголя). Комплексное лабораторные обследование включает себе: общий анализ крови, анализ мочи, билирубин, АЛТ, АСТ, Г-ГТ, гидроксид фосфатазы, холестерин, триглицериды, альбумина. Серологические тесты (исключающие гепатит В и С), УЗИ, КТ, «золотым стандартом» является биопсия печени.

Результаты исследования: При исследований по следующим клиничко-лабораторным критериям соответствовали группа больных: окружность талии более 95 см; АД выше 130/90 мм рт.ст; уровень глюкозы натощак более 5,5 ммоль/л; уровень АЛТ и АСТ повышено на 3-4 раза; триглицериды в сыворотке крови более 150 мг/дл; цитолитический синдром наблюдается почти у 35-40% пациентов; уровень холестерина липопротеидов высокой плотности менее 40 мг/дл. При инструментальном исследовании имеет значения степень ожирении пациента. По ультразвуковым признакам пациентов первой группы: гепато-спленомегалия, гиперэхогенность паренхимы печени, нечеткость сосудистого рисунка и косвенные признаки формирования портальной гипертензии. Второй группы при УЗИ есть ограничения: невозможно определить стадию НАЖБП, у лиц с выраженным ожирением визуализация органов затруднена. При компьютерной томографии в обе группах

можем увидеть: снижение рентгенологической плотности печени на 3-5 НУ, повышение плотности внутривенных сосудов по сравнению с плотностью печеночной ткани. Пункционная биопсия печени является «золотым стандартом» в диагностике НАЖБП в обе группы: признаки фиброза печени по данным эластографии; дифференциальный диагноз между стеатозом и НАСГ.

Вывод: Исследования показывали НАЖБП у больных сахарным диабетом 2 типа и ожирением представлена от 75% до 95%. Методом профилактики является достижение и поддержание нормальной массы тела пациентов. Соблюдение диеты с ограничением животных жиров и углеводов в сочетании с увеличением физической активности пациентов. Показателем эффективности терапии снижение веса на 8–12% от исходного. У пациентов с НАЖБП снижение массы тела ассоциировано с улучшением сывороточных уровней инсулина, показателей функции печени и качества жизни.

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

Бойкузиева М.Б., Носиров М.М., Худойбердиев Ж.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей

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

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

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

Материалы и методы: Исследование проводилось с августа по январь месяцы 2021-2022 года на базе 2-участков многопрофильной центральной поликлиники №3 города Андижана. Обследованы были 315 детей. Для оценки нервно-психического развития был использован скрининг тест оценки развития Денвера. Денверовский тест высокоспецифичный. Каждый элемент теста был взят в отдельности с разграничением в порядке нарастания определенных возрастов. Это значит, что в данном возрастном периоде ребенок должен уметь делать все перечисленные навыки. Количество навыков, которые ребенок умеет делать полностью взято за 100%, далее определяют количество детей которые владеют данными навыками и вычисляют процент детей которые владеют навыками на 50% и 25%. В процессе работы использованы следующие источники сбора данных: Прямое наблюдение; проверка документации (амбулаторные карты); анкетирование матерей детей в возрасте до 6 лет. Сбор информации проводился в течении 6 месяцев (август-январь) ежемесячно. Для изучения осведомленности матерей о психомоторном развитии детей был составлен вопросник и проведена беседа с 298 матерями.

Результаты: В поликлинике только в кабинете здорового ребенка есть шкала Денвера для оценки психомоторного развития детей до 6 лет. Только в 60% амбулаторных карт детей есть тест Денвера для оценки психомоторного развития детей. Процент обученного медицинского персонала низкий-25%. При проверке графика оценки психомоторного развития в историях развития детей выявлено что, не все врачи проводят интерпретацию нанесенных на графики линию – результатов оценки развития. Не во всех историях развития детей есть рекомендации при выявлении проблем детей. Одни врачи ссылаются на нехватку времени для написания рекомендаций в истории развития детей, другие на необеченность. При беседе с врачами выявлено, что многие врачи не обладают навыками консультирования и у них недостаточно знаний по вопросам развитие детей. Не достаточный уровень знаний врачей в области оценки психомоторного развития по тесту Денвера и рационального питания детей. Осведомленность родителей о значении оценки психомоторного развития детей не достаточная. После проведенных семинаров и отработки практических навыков знания врачей о проведении оценки психомоторного развитие по тесту Денвера, интерпретации данных измерений, принципах консультирования детей по вопросам правильного воспитания и рационального питания повысились до 80%. Повысилось качество консультаций. В 2 раза повысилась осведомленность населения о значении оценки психомоторном развитии детей по скрининговым тестам Денвера и мониторинга роста и развития детей.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Боротова Ш.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей

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

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

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

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

Результаты: Полученные данные показали, что большинство мам (27, 84,4%) во время беременности питались нерационально, в рационе у них преобладали продукты с большим содержанием углеводов. Результатом нерационального питания во время беременности явилось то, что из 52 обследованных детей 22(42,3%) родились с массой тела более 3800-4000 гр. Часть родителей мало интересовались вопросами правильного питания и развития ребёнка, лишь 34,5% женщин систематически следили за развитием своих детей, а около 40% матерей не знали показателей роста и массы

тела ребёнка, упуская возможность своевременной коррекции имеющихся нарушений питания. Проанализировав виды вскармливания детей на первом году жизни, мы выявили, что среди обследованных детей 16(30,7%) находились на естественном, 31(59,6%) – на смешанном и 5(9,6%) на искусственном виде вскармливания.

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

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

*Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Усмонова Я. Ғ.
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: Олтинқўл тумани “Олтинқўл” (Оилавий шифокорлик пункти) ОШП аҳолиси орасида рационал овқатланишни тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш. Вазифалар: 1. ОШП худудида 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 2021 йилнинг ноябр ойидан, 2022 йил феврал ва март ойларида Олтинқўл тумани «Олтинқўл» ОШП худудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида биз аҳоли маълумотларини аҳолининг амбулатор карталари Ф 025/У, диспансер назорати карталари Ф-030/У, ва бошқа ҳисобот формалари каби ҳужжатлардан фойдаландик. Аввало биз аҳолининг овқатланиш характери ва рационал овқатланиш ҳақидаги билимларини аниқлаш борасида махсус сўровномаларни ишлаб чиқдик. Сўровнома саволлари иловада келтирилган. Ишлаб чиқилган сўровномалар асосида тасодифий танлаш орқали ажратиб олинган 50 нафар киши орасида тадқиқотларни олиб бордик. Сўровномалар орқали ажратиб олинган нораціонал овқатланувчи кишилар орасида касалланишни ҳам ўрганиб чиқдик. Олинган натижаларимиз асосида хулосалар чиқардик. Бу текшириш ишларини бажаришда бизнинг командамиз яъни педагоглар ва ҚВП врачлари ва ўрта тиббий ходимлар яқиндан ёрдам беришди.

Натижа ва таҳлиллар: Олтинқўл тумани «Олтинқўл» ОШП си жами 10500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. ОШП хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби

қуйидагича: ОШП аҳолисининг 38,1 % ини болалар, 61,9% ини катта ёшлилар ташкил этади. Аёллар 49,7% ни, эркеклар эса 50,3% ни ташкил қилади. Кейинги вазифамиз аҳолининг рационал овқатланиш ҳақида билимлари ва овқатланиш характерини ўрганиш юзасидан олинган маълумотларни таҳлил қилдик. Рационал овқатланиш ҳақидаги саволларимизга 17 (34%) киши тўлақонли овқатланиш деган, 6 (12%) киши организм талабига кўра ёқтирган таомини истеъмол қилиш деган, 27 киши (54%) қатъий илмий асосланган углевод, ёғлар ва оқсилларнинг суткалик миқдори эътиборга олинган ҳолда витаминларга бой таомларни истеъмол қилиш деган жавобни беришган. Шунингдек, 37 киши (74%) оиламизда рационал овқатланмаймиз деган, 13 киши (26%) тўғри рационал овқатланамиз деган жавобни беришган. Аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш бўйича режалаштирилган мавзулар бўйича тиббиёт ходимлари ва педагоглар ҳамкорликда маърузалар, амалий, кўргазмали дарслар ўтказилди. Қайта сўровнома ўтказилганда барча саволларимизга аҳолининг билим даражаси ошганлигини кўрдик.

Хулосалар:

- 1.Олиб борилган ишлар натижасида шуни айтиш мумкинки, ОШП мудирлари ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятини ошириш ишлари олиб бориши керак экан.
2. Оилавий шифокор 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.
4. ОШП мудирлари бошқа тиббий ходимлар ишини назорат қилиши билан бирга аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамни сифатини ошириш ҳақида суҳбатлар ўтказиши керак.
5. ОШП мудирлари катта хамшира билан биргаликда патронаж хамшираларни аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи бўйича олиб бораётган ишини назорат қилиши билан тиббий хизмат сифатини оширади.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «БИФОЛАК ЦИНКУМ» НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Боротова Ш.А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

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

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

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

Результаты: Оценка эффективности проведенного исследования проводилась по следующим критериям: частота случаев различными формами острого респираторного заболевания (количество случаев за наблюдаемый период), субъективная оценка больных, эффективности проведенной терапии в баллах (1–отлично–проявлений болезни не было; 2–хорошо–самочувствие значительно улучшилось, заболевание проявлялось реже, чем в предыдущие годы; 3–удовлетворительно–улучшилось самочувствие, болезнь субъективно протекала легче).

В нашем исследовании мы наблюдали, что дети получившие бифолак цинкум стали меньше болеть в 3,6 раза, у них повысился тонус, аппетит, стали более активнее. Уменьшилось количество вирусных и бактериальных заболеваний и обострений хронической патологии лор-органов. Выяснение частоты, характера осложнений обследованных показало, что среди детей, получавших традиционное лечение (вторая группа), частота регистрации тех или иных осложнений острой респираторной инфекции в виде острого бронхита, отита, обострения хронического тонзиллита, бронхопневмонии и других составила 80,7% (у 21 из 26 пациентов). В то же время у больных первой группы, которые получали Бифолак цинкум, подобные осложнения отмечены лишь в 7 из 44 случаев (10%), что оказалось в 1,6 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем у пациентов группы сравнения. Но из этой группы детей, которые не получили полный курс лечения танзилгоном, болели вирусной инфекцией, но в более легкой форме и продолжительность их уменьшилась в 2 раза. У детей, которые не получили лечения препаратом танзилгон, заболевание протекало тяжелее, с переходом в осложнения.

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

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА МАСТОПАТИЯГА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР ЎТКАЗИШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

*Бойкўзиева М.Б., Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш.
Андижон Давлат Тиббийёт институти*

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

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

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

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

Олинган натижаларни статистик усулда анализ қилиб, хулосалар чиқардик.

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

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

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

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

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

2. Мастопатияни ривожланиши хавф омилини камайтириш мақсадида аёллар ўртасида тушунтириш ишларини олиб бориш
3. Аёлларга сут безини ўзи мустақил текширишига ўқитиш.

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

Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей

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

Материал и методы исследования.

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

Результаты исследования и их обсуждение.

В нашей работе для характеристики центильных шкал показателей ФР школьников использован расширенный вариант шкалы Стюарт, предусматривающий

выделение семи фиксированных центилей: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й и 97-й. Нам представляется, что разработанные стандарты центильных шкал ФР детей и подростков различного возраста и пола позволяет определить возрастные закономерности их роста и развития, выявить влияние на здоровье экзо- и эндогенных факторов, учет которых позволяет очертить круг региональных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по коррекции нарушений физического развития подрастающего поколения.

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

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

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СВП

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Рахматова М.М.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

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

Цель: улучшение качества оказания медицинской помощи детям до 1 года в профилактика рахита в течение 6 месяцев.

Задачи:

1. Улучшить информированность матерей о заболевании рахит и его профилактике и процесс обучения матерей по предотвращению развития рахита.

2. Улучшить процесс ведения детей до 1 года и процесс профилактики рахита среди них.

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

Результаты: После вмешательства: обучив медперсонал, на основании разработанного нами стандарта, мы дополнили и систематизировали их знания в отношении профилактики рахита и тем самым повлияли на другое звено в этом процессе — это правильное информирование и обучение матерей. Если до вмешательства только 29% медработников получили максимальный балл по оценочному листу, то после обучения этот показатель составил 86%. В каждом кабинете, где идёт приём детей, имеется информационный материал, как для

медработников, так и для матерей о заболевании рахит и его профилактике. Также, наши вмешательства в процесс ведения документации, консультирования и обучения матерей, улучшили этот процесс. Если до вмешательства этот показатель составлял 13%, то после вмешательства он составил 87%.

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

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Рахматова М.М.
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».

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Акбарова Г.Х.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

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

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

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

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

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Худойбердиев Ж.М.
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.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В СВП

Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.

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.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Здоровый образ жизни – один из способов жизнедеятельности, который способствует приумножению качества и сохранению хорошего здоровья и населения. Профилактика предотвратимых заболеваний и формирование здорового образа жизни население Шахриханского района – приоритетная задача государства и отечественного здравоохранения. Нами проведено социологическое исследование (анкетирование)

населения по вопросам приверженности населения к здоровому образу жизни. В анкетировании приняли участие 2346 респондента в возрасте от 21 до 74 лет. Для данного исследования была разработана анкета по выявлению отношения населения к здоровому образу жизни. В рамках данной статьи проанализированы два фактора: приверженность населения к рациональному питанию и физической активности, а также связь этих

факторов с наличием неинфекционных заболеваний у опрошенных. В результате проведённого анкетирования было установлено, что наибольшее число опрошенных (89,3%) связывают ЗОЖ с занятиями физической культурой и спортом и поддержанием оптимальной физической формы. Вторым по важности аспектом ЗОЖ опрошенные считают отсутствие вредных привычек, на третьем месте стоит рациональное питание (68,2%). Следует отметить, что 79,1% женщин считают рациональное питание обязательным признаком ЗОЖ, но только 18,8% из них постоянно придерживаются здорового рациона и режима питания. 67,5% мужчин считают рациональное питание признаком ЗОЖ, но только 14,1% из них постоянно придерживаются здорового рациона и

режима питания. Анализируя данные приверженности населения к физической культуре и спорту по возрастам, оказалось, что наиболее привержены респонденты в возрасте от 21 до 30 лет - 38,3%, в возрасте от 31 до 40 лет - 29,2%; в возрасте 41-50 лет - 23,6%; в возрастной группе 51-60 лет - 21,1%; в возрастной группе 61-70 лет - 11,0 % респондентов. Среди лиц, которые регулярно (2-3 раза в неделю) занимаются физической культурой и спортом, у 27,5% респондентов отмечались ССЗ. Среди лиц, которые придерживались рационального питания, заболевания ЖКТ отмечались у 14,1% респондентов, тогда как среди респондентов, которые не придерживались рационального питания, заболевания ЖКТ отмечались у 83,7%. Таким образом, можно сделать вывод, что среди опрошенных, приверженных к ЗОЖ реже отмечаются неинфекционные заболевания. Результаты самооценки (анкетирования) здоровья населения могут быть использованы при разработке адресной программы лечебно-профилактических мероприятий по формированию приверженности населения Шахриханского района Андижанской области к здоровому образу жизни.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В
УСЛОВИЯХ СВП

*Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усманова Я.Г., Рахматова М.М.,
Боротова Ш.А., Худойбердиев Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель: Ранее выявление больных с бронхиальной астмой (БА), оценка методов диагностики и лечения и повышение качества оказания медицинской помощи этим больным

Задачи: 1. Провести оценку тактики ведения и диспансерного наблюдения, больных (БА) в условиях СВА; 2. Улучшить ранее выявление больных БА с помощью вопросника и проведения пикфлоуметрии; 3. Оценить информированность населения и больных БА о болезни; 4. Повышение качества медицинской помощи больных БА.

Результаты: Анализ амбулаторных карт показал, что на учете состоят только 26 больных с БА. Диспансерное наблюдение проводится плохо, пикфлоуметрия не проводилась из-за его отсутствия, лечение больных проводится препаратами, не рекомендованные данными доказательной медицины (ДМ).

Анализ вопросника выявил следующие недостатки:

Поздно выявляются больные с БА, у лиц с нарушением дыхания не проводится подсчет частоты дыхания, диагноз ставится поздно, уже при развившемся приступе. Больные не информированы о не медикаментозном лечении. Они не знают о своей болезни и не умеют оказать себе первую до врачебную помощь. Не знают Правила пользования ингалятором. Больные с нарушением дыханием, не знают о БА, и о причинах приводящих к этой болезни.

Внедренные изменения:

1. Всем больным БА измерены ПСВ и подсчитаны процент нарушения дыхания, согласно которому назначено по шаговое лечение на основе стандартного протокола.
2. Проведено обучение патронажных медсестер правильному информированию населения о болезни, ее причинах и изменению образа жизни при возникновении симптомов БА
3. Был проведен тщательный профилактический осмотр для раннего выявления заболевания в скрытой фазе, с небольшим количеством симптомов
4. Обучение врачей СВА диагностике и лечению на основе стандартных протоколов было проведено в марте месяце.

ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛ ТАЪСИРИДА ЗАРАРЛАНИШИНИ ИККИЛАМЧИ
ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Усмонова Я.Ғ.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

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

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

Вазифалар: 1. Беморларнинг карталарига асосланиб, ретроспектив баҳолаш. 2. Беморларнинг объектив текшириш натижасида клиник баҳолаш; 3. Асосий ва назорат

гуруҳидаги беморлар ҳолатини аралашувдан кейин проспектив баҳолаш; 4. Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даволаниш мобайнида олинган натижаларга суяниб клиник самарадорликни аниқлаш.

Натижа: Назоратдаги ҳудудимизда, назоратга олинган 40 нафар бемордан 20 таси мукамал даволанишга розилик берди. 11 таси даволанишга иқтисодий жиҳатдан тўлиқ даволана олмаслигини таъкидлади, 9 та бемор спиртли ичимлик ичмасдан юришга ваъда берди. 40 нафар бемордан 20 таси асосий ва 20 та назорат гуруҳига ажратиб олинди. Асосий гуруҳдагиларда даво муолажаси бошланди, 10 та беморда яхшиланиш тез бўлди. Назорат гуруҳидан 20 та бемордан даволанмасдан, 11 таси спиртли ичимликлар истеъмол қилмасдан парҳезда бўлди ва аҳволи яхшиланиб клиник белгилари йўқолганлиги кузатилди. 9 та бемор иродасизлиги туфайли спиртли ичимликлар ичишни давом эттирди ва улардан 1 таси жигар циррози, 5 таси сурункали алкаголли гепатит билан оғриб «Д» ҳисобга олинди. Энг аввало аҳоли ўртасида буклетлар ёрдамида тарғибот ва ташвиқот қилиниб, спиртли ичимлик истеъмол қилиш камайишига эришилди, бу билан биргаликда «Алкоғоллик гепатит» ва «Жигар циррози» мавзуларида маърузалар ташкил қилинди.

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

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

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

ТИББИЙ КЎРУВГА КЎП МАРТА МУРОЖАТЛАРНИНГ САБАБЛАРИ

*Ш.А.Боротова, М.Б.Бойқўзиева, Г.Х.Ақбарова
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Маълумки ҳозирги шиддат билан ривожланаётган рақамли техника, жуда катта кўламдаги ахборот-коммуникатив информациялар, иқтисодиётнинг ўзгариб туриши, глобал муаъаммолар, айниқса “COVID-19” пандемияси туфайли барча давлатларда, жумладан бизнинг Ўзбекистон аҳолиси орасида ҳам руҳият билан боғлиқ муаъаммолар даражаси сезиларли ошиб борапти. Беморларнинг тез-тез,

қайта-такрорий мурожатлари кўпайиб кетмоқда. Ўзбекистонда аҳолининг тиббий ва руҳий саломатлигини сақлаш давлат аҳамиятидаги муҳим тиббий - ижтимоий стратегиялардан бири ҳисобланади. Ушбу масала Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси ва давлатнинг бошқа қонунчилик ҳужжатларида ўз аксини топган.

Мақсад ва вазифалар: Инсон руҳий саломатлигини, инсон организми умумий саломатлигига таъсири ва саломатлик потенциалини сақлашдаги аҳамиятини ўрганиш.

Текширув материал ва методлари: Бириктирилган ОПнинг аҳолиси орасидан амбулатор карталари ф-025/у, диспансер назорати карталари ф-030/У ни ўрганиш орқали тез-тез, 1йилда 3 мартадан кўп саломатлик муъаммоси билан тиббий мурожат қилган ва “COVID-19” касаллигини оғир ва ўрта оғир шаклини ўтказгач қайта қайта 03 га мурожат қилувчи аҳоли орасидан тенг миқдорда аёл ва эркак жинслари ажратиб олинди. Ушбу аҳоли гуруҳи орасида махсус сўровномалар ўтказилди. Сўровнома ҳар бир инсон ўзини руҳий ҳолатини қай даражада баҳолаши, кундалик ҳаёт тарзига, руҳий ҳолатига таъсир қилиш эҳтимоли, тез-тез касалликга чалиниб туриши, турли хил вазиятларда ўзини қандай тутиши каби саволларни ёритиб берувчи пунктлардан иборат. Сўровномаларда қатнашган кишиларнинг ёши 16- дан 60 ёшгача бўлиб, жами 74нафар. Уларнинг 50% аёллар, қолган 50% эркаклар қилиб махсус танлаб олинди

Натижа: Сўровнома натижаси шуни кўрсатдики, мурожатларнинг жами-74(100%) аҳолидан тахлиллар натижасида 46(62%) нафари айнан руҳий ҳолатнинг ўзгариши туфайли келиб чиққан, инсон учун мавҳум ва ечими йўқдек туюладиган вазиятлар, ваҳима, кўркув, ва ипхондрик синдромлар туфайлидир. Ушбу қисм аҳоли, турли хил муъаммолар ва ўзларида, оиласида, иш жараёнида содир бўлган муъаммоли вазиятлар, ўтказилган касаллик, сарфланган маблағнинг катталиги оқибатида келиб чиққан руҳий ҳолатларни тиббиёт ходимлари билан биргаликда ҳал қилишни ўзлари ҳоҳлайдилар ва қайта қайта мурожат қилишларини сабабини кўрсатилган руҳий тиббий хизматдан тўлиқ қониқиш ҳосил қилмаганликларида деб билдилар.

Хулоса:

1. Қайта-қайта мурожат қилиш ҳолатларининг сабабини аксарият ҳолларда кўрсатилган тиббий хизматдан руҳий қониқиш ҳосил қилмасликдир.
2. Инсоннинг руҳий ва соматик саломатлик кўрсаткичи бир-бирини тулдириб, яхлитланади
3. ОШ фақат беморлар саломатлигинигина эмас, соғлом аҳолининг руҳий қониқиш кўрсаткичини ҳам баҳолаб бориши керак
4. ОШни руҳий хизмат сифатини ошириш мақсадида малака ошириш курсларини такомиллаштириш лозим.

ПОДХОД К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БУЛАКБАШИНСКОГО РАЙОНА

*Боротова Ш.А., Носиров М.Н, Усманова Я.Г
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: В нашей стране смертность из неинфекционных заболеваний занимают первое место ССЗ (59,3%), второе место занимают болезни органов дыхания (4,7%), третье место занимают онкологические заболевания. (9,5%) Согласно рекомендациям официальных лиц ВОЗ. Но есть возможность значительно снизить смертность и инвалидность за счет ликвидации нездорового образа жизни, нерационального питания, вредных привычек. Поскольку здоровый образ жизни является неотъемлемой частью здоровой жизни, рациональное питание является частью этой целостности. Рациональное питание – лучшая профилактика многих заболеваний и преболезненных состояний.

Цель: Оценить информированность населения разного возраста и пола об образе жизни и рациональном питании населения 21-ОП Булакбашинского района Андижанской области.

Материалы и методы: Наблюдение проводилось среди населения 21-ОП Булакбашинского района Андижанской области.

Наша задача: Первый – отбор семей, имеющих более одного больного представителя в одном домохозяйстве с неинфекционными заболеваниями, путем изучения отчетных форм амбулаторных карт ф-025/у, карт диспансерного контроля ф-030/у, ОП.

2. Провести опрос среди членов этой семьи. На первом этапе задания было отобрано 55 семей и проведен опрос, включавший вопросы о здоровом образе жизни. Возраст респондентирующих членов семьи от 16 до 60 лет.

В нашем опросе каждая семья из 55 семей была представлена 1-2 членами семьи, всего 55 человек. Из них 15 мужчин (27,2%) и 40 (72,8%) женщин. По возрастным группам 10 человек (18,8%) были старше 60 лет, 20 человек (37,6%) - 40-59 лет, остальные 25 человек (44,6%) - 16-39 лет.

Результаты и анализ: Результаты нашего опроса показали, что 42 % респондентов обладают достаточными знаниями о здоровом образе жизни и рациональном питании, 32 % не имеют точных знаний, то есть здоровое питание – это хорошее, «богатое питание», 6 % не имеют не проявляют интереса к теме, а 30% людей считают, что рациональное питание не имеет ничего общего со здоровым образом жизни и не могут их понять единогласно. На основании этого семейные врачи были обеспечены необходимые материалы (тематические видеоролики, буклеты, пособия, фотоинформационные журналы, санблютены, бумага, ручка, представляющие пирамиду здорового питания), проведены интервью с респондентами и широко освещен вопрос пошел. По окончании опроса был проведен повторный опрос. Результаты показали, что в данных наших респондентов о здоровом образе жизни наблюдался рост на 99,1%.

Выводы и предложения:

1. Интерес к здоровому образу жизни у населения большой и его можно развивать.
2. Имеется возможность дальнейшего повышения уровня физической активности населения в возрасте 40-59 лет.
3. Информирование населения о правилах здорового образа жизни развивает ответственность населения за собственное здоровье.
3. Наиболее оптимальным способом информирования населения о здоровом образе жизни является посредничество в области охраны труда.
4. Разъяснительная работа на основе обратной связи и методов обратной связи будет завершена успешно.

**БУЛОҚБОШИ ТУМАНИ ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИНИНГ СОҒЛОМ ТУРМУШ
ТАРЗИГА ЁНДАШУВИ**

*Боротова Ш.А., Худойбердиев Ж.М., Рахматова М.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги: Мамлакатимизда аҳолининг юқумсиз касалликлар билан касалланиш оқибатидаги ўлим кўрсаткичи рўйхатини биринчи пағонасини ЮҚТ ва ҚАТ касалликлари (59,3%), иккинчи пағонасини нафас аъзолари касалликлари(4,7%), учинчи пағонасини онкологик касалликлари(9,5%) эгаллаб келмоқда (2020й) БЖССТ мамлакатимиздаги ваколатли ходимларининг берган тавсияларига кўра кўра ушбу касалликларни илдизи ҳисобланган носоғлом турмуш тарзи, нораціонал овқатланиш, зарарли одатларни бартараф этиш орқали ўлим кўрсаткичи ва ногиронликни сезиларли даражада пасайтириш мумкун. Соғлом турмуш кечириш 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 Булоқбоши тумани 21-ОП турли ёш ва жинсадаги аҳолисининг турмуш тарзи ва рационал овқатланиш борасидаги маълумотларини баҳолаш.

Материал ва услублар: Кузатув ишлари Андижон вилояти Булоқбоши тумани 21-ОП 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 16- 60 ёшгича ташкил этди. Сўровномамизда 55 та оиланинг ҳар биридан вакил сифатида, 1-2нафар оила аъзоси, жами 55 киши иштирок этди. Уларнинг 15 таси эркаклар (27,2%), ва 40 таси (72,8%) аёллар эди. Ёш гуруҳлари буйича 10 киши (18,8%) 60 ёшдан юқори, 20 киши(37,6%) 40-59ёшда, қолган 25 киши (44,6%) 16—39 ёшни ташкил қилди.

Натижа ва таҳлиллар: Кузатувимиздаги аҳоли ўртасида ўтказган сўровнома натижаси шуни кўрсатдики 42% респондентлар соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш борасида етарли билимга эгадилар, 32% аниқ билимга эга эмаслар яъни соғлом овқатланиш бу яхши, “бой дастурхон” тарзида овқатланиш деб ўйлайдилар, 6% бу мавзуга қизиқиш билдирмадилар ва 30% киши рационал овқатланишни соғлом турмуш тарзига алоқаси йўқ деб ҳисоблаб, уларни яқдилликда тушина олмайдилар. Шулардан келиб чиқиб, ОШ*ларни керакли материаллар (мавзуй роликлар, буклетлар, қўлланма, расмли информатсион журналлар, соғлом овқатланиш пирамидаси ифодаланган санблютень, қағоз, ручка) билан таъминлаган ҳолда, аҳолини сўровномада иштирок этган респондентларига суҳбатлар ташкил қилинди ва бу масалани кенг ёритиш ишлари олиб борилди. Суҳбатлар якунида қайта сўровнома ўтказилди. Натижа шуни кўрсатдики, респондентларимизнинг соғлом ҳаёт тарзи борасидаги маълумотларида 99,1%гача ўсиш кузатилди.

Хулоса ва тавсиялар:

1. Аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзига қизиқиш катта ва уни ривожлантириш мумкун.

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 маъсуллигини ривожлантиради

3. Аҳолига соғлом ҳаёт тарзи бўйича энг оптимал маълумот бериш усули бу-ОШ воситачилигидир.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВАРИОР» У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ

Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Заболеваемость гонореей у женщин остается высокой во всем мире, в том числе, и в Республике Узбекистан. Надежное, быстрое и полноценное клинико -

бактериологическое излечение гонореи, особенно среди лиц группы риска, является важной задачей венерологии, так как это приведет к санации эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, бессимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится препарат «Вариор» (левофлоксацин) – антибиотик относящийся к фторхинолоновой группе III поколения, обладающий широким спектром действия. Механизм действия связано с подавлением фермента ДНК-гиразы бактерий. Устойчив к действию β -лактамазы.

Цель работы: изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Вариор» у женщин, больных гонореей.

Материалы и методы: были изучены истории болезни и амбулаторные карты 78 женщин, больных гонореей в возрасте от 18 до 40 года. Из них у 37 была диагностирована свежая острая гонорея, у 26 подострая и у 15 хроническая гонорея. У всех больных диагноз был подтвержден обнаружением гонококков в мазке и посевах. У 22 больных была диагностирована сочетанное трихомонадно - гонорейное и гонорейно-хламидийное поражение. Препарат «Вариор» фирмы Nabiqosim industries (PVT) LTD было назначено в следующей дозировке: больным свежей острой гонореей по 250 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней, при подострой гонорее по 250 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней, а при хронической гонорее после проведенной иммунотерапии по 500 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней. У пациенток с трихомонадно - гонорейной инфекцией одновременно было назначено метронидазол по 250 мг 4 раза в день, в течение 5 дней.

Результаты: У больных свежей острой гонореей признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 3 до 5 дней, при подострой гонорее эти явления исчезли на 7 - 8 сутки, а при хронической гонорее на 9 - 10 дни от начала лечения. Лабораторное исследование после окончания курса лечения выявил этиологическое излечение у 76 больных, что составляет 97,4%. У 2 больных подострой гонореей при лабораторном исследовании после окончания курса лечения повторно были обнаружены гонококки. Этим больным было проведено лечение другими антибактериальными препаратами.

Выводы: Препарат «Вариор» является высокоэффективным антибиотиком при лечении гонорейной инфекции у женщин, особенно при свежих формах гонореи.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЁ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА

Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности, выработка более четких показаний, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Крем «Облепиховое масло и мумиё» - это один из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования: Изучить эффективность метода лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных вульгарной формой псориаза.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 50 больных вульгарной формой псориаза в прогрессивной стадии. Возраст больных от 17 до 56 лет, из них мужчин было 33, женщин 17. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали лазерную терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс – 12-14 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало гепатотропные препараты (урсосан или овесол), витаминотерапию, антигистаминные, иммуномодулятор (иммуномодулин) в общепринятых дозах и наружное лечение (крем «Облепиха и мумиё»). Крем «Облепиха и мумиё» применялся наружно утром и вечером, смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом, эффективность применения лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных вульгарной формой псориаза к концу курса лечения у 38 (76,0%) больных элементы поражения регрессировали полностью, у 4 (8,0%) больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве, у 8 (16,0%) больных отмечалось незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о клинической эффективности применения лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных вульгарной формой псориаза при комплексной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТУРБОЗИЛ» У БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ

Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Многочисленными клиническими исследованиями показано, что на современном этапе развития микологии изменение спектра возбудителей грибковых заболеваний приведет к развитию резистентности к применяемым противогрибковым средствам, расширению возможностей терапии грибковых поражений кожи, обеспечению высокой эффективности лечения, обуславливающего необходимость дальнейшего поиска новых высокочувствительных противогрибковых препаратов.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность притивогрибкового препарата «Турбозил» у больных инфильтративно – нагноительной формой трихофитии.

Материалы и методы: Нами были проведено стационарное лечение 168 больных инфильтративно – нагноительной формой трихофитии в возрасте от 10 до 40 лет, из них 128 мужчин, 40 - женщин. Во всех случаях диагноз был подтвержден бактериоскопически обнаружением грибка в соскобе из очага поражения. 168 - пациентов получали препарат турбозил фирмы «Shayana farm» по 1 капсуле (250мг) 1 раз в день в течение 14 - 28 дней. Кроме общего лечения все больные получили местное лечение цитиал, тербинокс мазь, тербезил мазь, ихтиоловую мазь 10%.

Результат: Из 68 больных, лечившихся турбозилом, положительный клинический эффект наблюдался у 168 (100%), причем у всех регресс кожного процесса наступил на 8 - 10 дней раньше.

Выводы: Таким образом, при изучении эффективности турбозила у больных инфильтративно – нагноительной формой трихофитии, препарат турбозил оказался эффективным методом лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЗИ «ДЕКЛОСИД» И ПРЕПАРАТА «ЭСЗОЛ» У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования: Изучить эффективность крема «Деклосид» и препарата «Эсзол» у больных микроспорией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 152 больных микроспорией. Возраст больных был от 5 до 42 лет, мужчин 98, женщин - 54. У 129 больных процесс локализовался на волосистой части головы, у 16 на гладкой коже, у 7 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелия грибов. Крем «Деклосид» фирмы «World medicine» применялся наружно утром и вечером путем аппликации в очаги поражения тонким слоем под повязку и препарат «Эсзол» фирмы «Kusum Healthcare Pvt. Ltd.» применялся по 1 таблетке (100 мг) 1 раз в день в течение 10 – 14 дней. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили антибиотики, витаминотерапию, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: К концу первой недели у большинства больных кожный процесс значительно улучшился, эритема уменьшилась. К концу лечения у всех больных кожный процесс полностью регрессирован.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что мазь «Деклосид» для наружного и препарат «Эсзол» внутреннего применения являются высокоэффективным средством лечения у больных микроспорией.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С COVID -2019

Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность Как известно при острых и хронических осложнениях у больных при COVID -2019 наблюдаются различные нервно-психические расстройства.

Цель. При патоморфологическом исследовании со стороны головного мозга обнаруживается картина токсической энцефалопатии с сосудистыми и дегенеративными изменениями. В основе неврологических расстройств при заболеваниях почек лежит главным образом интоксикация в результате азотемии.

Материалы и методы исследования. Астеноневротический синдром и сосудистая энцефалопатия осложняют субкомпенсированную стадию почечной недостаточности, когда проявлений азотемии еще нет. Даже незначительная потеря как натрия, так и хлоридов, гипо- и гиперкалиемия и гипоальбуминемия понижение осмотического давления крови приводит к повышению проницаемости сосудов и развитию в головном, спинном мозге и периферической нервной системе отека, диапедезных кровоизлияний и к дальнейшим изменениям в нервных клетках, а также нарушению мышечных сократительных функций. Поражения токсического характера или механические сдавления камнями при мочекаменной болезни определенных ветвей почечного вегетативного сплетения, что в свою очередь провоцирует патологическую иррадиацию болевого импульса как в спинномозговые узлы, так и на сегменты спинного мозга. Это ведёт к появлению болей и гиперестезий. Возникают ренокардиальный, реновисцеральный синдромы или могут обостряться пояснично-крестцовые радикулиты.

Результаты. В тяжёлых стадиях почечной недостаточности наблюдается сочетание токсической азотемии и метаболического ацидоза к чему наслаиваются нарушения белкового и водно-электролитного баланса, в частности гиперкалиемии и гиперкреатининемии, а также наблюдается артериальная гипертензия.

В начальной стадии заболеваний почек неврастеноподобный синдром проявляется такими симптомами как неуравновешенность, раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения, нарушения сна, рассеянность, утомляемость, невнимательность, обидчивость. Вышеуказанные нарушения наблюдаются на фоне болевых ощущений в области в поясницы, выраженных отеков, дизурических расстройств и т. д. Наблюдается обострение люмбоишиалгического синдрома у больных страдающих остеохондрозом позвоночника, что может изменять клиническую картину заболевания.

С нарастанием недостаточности почек наблюдаются энцефалопатические нарушения. Это общемозговые как головокружение, головная боль, возбуждение или апатия. Также могут наблюдаться менингеальные симптомы, такие как гипотония мышц, повышенные рефлексы, нистагм. У данных пациентов наблюдаются нарушения мозгового кровообращения как правило они чаще всего наблюдаются при хронических заболеваниях почек, осложненных артериальной гипертензией. Мы применили методы стимуляции биологически активных точек с помощью фармакопунктуры у больных в постковидном периоде. Были применены комбинированные методы рефлексотерапии и фармакопунктуры с учётом осложнений и сопутствующих заболеваний. Наблюдалась положительная динамика у больных, особенно у тех у которых в анамнезе были аллергические заболевания и лекарственная аллергия на медикаментозные препараты.

Заключение. Следовательно, для усовершенствования методов реабилитации и снижения количества осложнений при COVID -2019 необходимо использование фармакопунктуры на биологически активных точек для того, чтобы сократить возникающие осложнения и улучшить кровоснабжение у пациентов, перенесших COVID – 2019.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С COVID - 2019

Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность Как известно при острых и хронических осложнениях у больных при COVID -2019 наблюдаются различные нервно-психические расстройства.

Цель. При патоморфологическом исследовании со стороны головного мозга обнаруживается картина токсической энцефалопатии с сосудистыми и дегенеративными изменениями. В основе неврологических расстройств при заболеваниях почек лежит главным образом интоксикация в результате азотемии.

Материалы и методы исследования. Астеноневротический синдром и сосудистая энцефалопатия осложняют субкомпенсированную стадию почечной недостаточности, когда проявлений азотемии еще нет. Даже незначительная потеря как натрия, так и хлоридов, гипо- и гиперкалиемия и гипоальбуминемия понижение осмотического давления крови приводит к повышению проницаемости сосудов и развитию в головном, спинном мозге и периферической нервной системе отека, диapedезных кровоизлияний и к дальнейшим изменениям в нервных клетках, а также нарушению мышечных сократительных функций. Поражения токсического характера или механические сдавления камнями при мочекаменной болезни определенных ветвей почечного вегетативного сплетения, что в свою очередь провоцирует патологическую иррадиацию болевого импульса как в спинномозговые узлы, так и на сегменты

спинного мозга. Это ведёт к появлению болей и гиперестезий. Возникают ренокардиальный, реновисцеральный синдромы или могут обостряться пояснично-крестцовые радикулиты.

Результаты. В тяжёлых стадиях почечной недостаточности наблюдается сочетание токсической азотемии и метаболического ацидоза к чему наслаиваются нарушения белкового и водно-электролитного баланса, в частности гиперкалиемии и гиперкреатининемии, а также наблюдается артериальная гипертензия.

В начальной стадии заболеваний почек неврастеноподобный синдром проявляется такими симптомами как неуравновешенность, раздражительность, вспыльчивость, колебания настроения, нарушения сна, рассеянность, утомляемость, невнимательность, обидчивость. Вышеуказанные нарушения наблюдаются на фоне болевых ощущений в области в поясницы, выраженных отеков, дизурических расстройств и т. д. Наблюдается обострение люмбагоподобного синдрома у больных страдающих остеохондрозом позвоночника, что может изменять клиническую картину заболевания.

С нарастанием недостаточности почек наблюдаются энцефалопатические нарушения. Это общемозговые как головокружение, головная боль, возбуждение или апатия. Также могут наблюдаться менингеальные симптомы, такие как гипотония мышц, повышенные рефлексы, нистагм. У данных пациентов наблюдаются нарушения мозгового кровообращения как правило они чаще всего наблюдаются при хронических заболеваниях почек, осложненных артериальной гипертензией. Мы применили методы стимуляции биологически активных точек с помощью фармакопунктуры у больных в постковидном периоде. Были применены комбинированные методы рефлексотерапии и фармакопунктуры с учётом осложнений и сопутствующих заболеваний. Наблюдалась положительная динамика у больных, особенно у тех у которых в анамнезе были аллергические заболевания и лекарственная аллергия на медикаментозные препараты.

Заключение. Следовательно, для усовершенствования методов реабилитации и снижения количества осложнений при COVID -2019 необходимо использование фармакопунктуры на биологически активных точек для того, чтобы сократить возникающие осложнения и улучшить кровоснабжение у пациентов, перенесших COVID – 2019.

ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бутахонов Ф.Т., Рахматуллаева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность проблемы ишемического инсульта (ИИ) у лиц молодого возраста (18—45 лет) в первую очередь определяется отличием его причин от таковых в старших возрастных группах, распознавание которых требует проведения специальных лабораторно-инструментальных исследований и часто сопряжено с немалыми трудностями. На актуальность проблемы указывает и высокая частота криптогенного инсульта (15—40%), т. е. инсульта неустановленной этиологии. Кроме того, за последние годы изменились причины ИИ. Так, успехи в лечении ревматизма, достигнутые в прошлом столетии, привели к тому, что кардиогенные эмболии церебральных артерий, обусловленные ревматическим поражением клапанов сердца, ранее бывшие основной причиной ИИ в молодом возрасте, в настоящее время встречаются нечасто.

Цель исследования: Изучить факторы, оказывающие влияние на степень выраженности цереброкардиального синдрома, определить его клинические составляющие и электрокардиографические критерии.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящей работы является результаты ретроспективного и проспективного исследований, анализа, динамического наблюдения, обследования и лечения 90 больных, находившихся в отделении неврологии клинике АГМИ.

Возраст больных составил от 16 до 94 лет (средний возраст $59,9 \pm 17,3$ лет), из них мужчин – 621 (50,9%), женщин – 598 (49,1%). Среди пролеченных преобладали лица среднего трудоспособного возраста (от 40 до 60 лет), удельный вес которых составил 40,9%. Больные пожилого и старческого возраста составили 40,5%, из них от 60 до 69 лет – 19,2% и старше 70 лет – 21,3% больных. По гендерным признакам отмечается некоторое преобладание мужчин: 50,9% ($n=621$).

Результаты исследования. При детальном анализе клинико-лабораторных и инструментальных исследований отобраны 414 (40,4%) больных с различными нарушениями сердечной деятельности, с признаками цереброкардиального синдрома.

При ишемическом инсульте встречалось у 267 (39,2%) больных; пациенты с геморрагическими нарушениями мозгового кровообращения - 171 (64,5%) и с ТИА – 54 (19,9%).

У подавляющего большинства исследованных больных в острой стадии инсульта отмечена повышенная наджелудочковая и желудочковая эктопическая активность, частая наджелудочковая экстрасистолия фиксировалась у 157 (31,9%) пациентов, пароксизмы мерцательной аритмии – у 132 (26,8%), частая желудочковая экстрасистолия – у 108 (21,9%) и брадиаритмии – у 59 (12,0%) больных. Больше чем у половины (62,8%) больных регистрировали парные и групповые наджелудочковые экстрасистолы, у 83 (16,9%) пациентов – парные желудочковые экстрасистолы. Эпизоды безболевого ишемии миокарда отмечались реже – у 44 (8,9%) пациентов.

Вывод. Таким образом, в остром периоде ишемического инсульта большие полушарные инфаркты, поражение в вертебро-базиллярной системе, субарахноидальные кровоизлияния с прорывом в желудочковую систему, геморрагические инсульты с окклюзионной гидроцефалией, наличие коронарной патологии и ХСН ассоциируются с повышенной инцидентностью нарушений сердечного ритма, которые в условиях срыва ауторегуляции мозгового кровотока даже при базовой оптимальности центральной гемодинамики способны ухудшить церебральную перфузию и вмешаться в течение раннего реабилитационного периода.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Бутахонов Ф.Т., Рахматуллаева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всем мире в связи с высокими показателями заболеваемости, смертности и инвалидизации.

Несмотря на предпринимаемые меры в мире по снижению смертности от болезней системы кровообращения ежегодно регистрируется более 450 тысяч новых случаев инсульта и сохраняются высокие показатели смертности от данного заболевания - 123 на 100.000 человек.

Цель исследования: Изучение особенностей клинических, лабораторных и электрофизиологических показателей сердечно-сосудистой системы у больных с

ишемическим инсультом, протекающим на фоне метаболического синдрома для повышения эффективности терапевтических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящей работы является результаты ретроспективного и проспективного исследований, анализа, динамического наблюдения, обследования и лечения 90 больных, находившихся в отделении неврологии клинике АГМИ.

Результаты исследования. Среди основных факторов, оказывающих влияние на ЭКГ-показатели при ЦКС, наряду с электролитными сдвигами и возрастом больных, наиболее значимыми являются степень тяжести больных на момент регистрации ЭКГ, величина ИММЛЖ, класс по шкале Фишера, уровень мочевины крови, АДс, а из менее значимых - характер сегментарной сократимости миокарда ЛЖ, процент коронарного атеросклероза, характер проводимой терапии.

В случае развития ЭКГ-изменений при ЦКС степень стенозирования коронарных артерий не является определяющей. Поражение позвоночных артерий у больных с ИИ оказывается менее значимым в формировании ЭКГ-изменений при ЦКС, нежели поражение СМА и ЗМА, тогда как у больных с ЗЧМТ роль атеросклеротического поражения указанных артерий оказывается схожей. Объем поражения головного мозга, равно как и локализация поражения влияют на ЭКГ-картину при ЦКС, в том числе и за счет функциональной блокады парасимпатической нервной системы. У лиц с ишемическим инсультом подобные изменения наиболее выражены во II и III стандартных отведениях, 2 и 4 грудных отведениях, тогда как в случае черепно-мозговой травмы изменения наблюдаются главным образом в левых боковых отделах миокарда и I стандартном отведении.

Кардиальные нарушения, выявляемые у лиц с ишемическим инсультом и черепно-мозговой травмой, характеризуются блокадой передней ветви левой ножки либо правой ножки пучка Гиса, фибрилляцией предсердий, а также изменениями ЭКГ в виде удлинения интервала QT, депрессии сегмента ST и увеличения амплитуды зубца «Т».

Характерными для ЦКС ЭКГ-эквивалентами у больных с ишемическим инсультом и черепно-мозговой травмой, помимо клинических составляющих, являются увеличение продолжительности интервала QT по сравнению с нормативными величинами до $13,2+11,9\%$ при ишемическом инсульте и до $14,3+15,8\%$ при черепно-мозговой травме; депрессия сегмента ST от изолинии до $-0,33+0,52$ мм во II отведении и до $-0,52+0,57$ мм в отведении V4 при ИИ, тогда как в случае ЧМТ депрессия достигает уровня $-0,73+0,41$ мм во II и $-0,72+0,59$ мм в V5 отведениях; амплитуда зубца T в грудных отведениях у лиц с ИИ достигает уровня $6,1+1,6$ мм (в отведении V2) и $2,0+1,3$ мм в отведении V6, а у лиц с ЧМТ - $2,8+3,6$ мм и $-0,4+1,2$ мм соответственно.

Качество проводимого лечения на госпитальном этапе заболевания влияет на выраженность ЭКГ-изменений при ЦКС. У больных с ИИ прием мочегонных и нитратов способен повлиять на амплитуду зубца T и показатели ДОТ, ОТ/ОТпик, соответственно увеличив их среднюю величину.

Вывод. Выявление особенностей нарушения сердечно-сосудистой регуляции у больных различных возрастных групп с ишемическим инсультом, страдающих метаболическим синдромом, позволяет дополнить традиционно используемые рекомендации по ведению больных с инсультами. Развитие выраженной системной воспалительной реакции требует мер как по профилактике осложнений воспалительного характера, так и по контролю над модифицируемыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ожирение, гипергликемия), особенно выраженных у больных с метаболическим синдромом.

РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОИДНОЙ ОСТЕОМЫ

*Валиева К.Н., Умарова Г.Ш., Асилова С.У., Назарова Н.З., Салиева Н.И.,
Рахманова М.Р., Мухрумбаева К.З.*

*ГУ “Республиканский научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии” Ташкент, Узбекистан
Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Остеоидная остеома – это доброкачественная опухоль костной ткани, формирующая из центрального аваскулярного узла и окружающего его реактивного ободка плотной кости. Данное заболевание более распространено у молодых пациентов, чаще в возрасте от 10 до 35 лет. У мужчин встречается в 4 раза чаще, чем у женщин. Клинически (классически) проявляется ночными болями, облегчающимися приемом салицилатов. Остеоид-остеомы являются очень медленно растущими доброкачественными опухолями, которые в течение многих месяцев практически не изменяются по своим размерам и свойствам.

Цель исследования: Усовершенствование диагностики остеоидной остеомы путем описания детальной лучевой характеристики в зависимости от локализации поражения.

Материалы и методы: Нами исследован 31 пациент с наличием длительного болевого синдрома в конечностях, усиливающегося ночью, в некоторых случаях имеет место подозрением на артрит и синовит. Средний возраст больных составило $16 \pm 0,7$ лет. Всем больным проведена цифровая рентгенография в двух проекциях и при необходимости мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), в зависимости от области поражения.

Результаты исследования и обсуждение их. Остеоидная остеома рентгенологически характеризуется зоной просветления (гнездом или нидусом) < 2 см, которая окружена муфтообразной зоной периостальной реакции. Остеоид-остеома может возникать как в кортикальной, так и в губчатой кости.

По результатам наших рентгенологических исследований из 31 пациента у 21 пациентов клинические симптомы наблюдались на протяжении нескольких месяцев к моменту постановки диагноза, и почти у всех была поздняя верификация диагноза остеоид-остеомы, в 18 случаях наблюдались участки локального линейного или частично очагового остеосклероза неясной этиологии. При этом рентгенологическая картина была неясной, неотчетливой. У 7 пациентов рентгенологическая симптоматика была неспецифичной, при наличии достаточно выраженного болевого синдрома. Такое обстоятельство заставило дополнить исследование компьютерной томографией.

Когда рентгенопрозрачный очаг четко не определяется, остеоид-остеому можно принять за другое заболевание, например, стресс – перелом, особенно при ее интракортикальной локализации. Кроме того, очаг может четко не определяться, особенно при внутрисуставных повреждениях, затрудняя при этом дальнейшую диагностику. В сомнительных случаях этапами лучевого диагностического алгоритма должны быть КТ исследования для лучшей визуализации очагов

У 3 пациентов, принимавших участие в нашем исследовании, симптомы наблюдались уже на протяжении нескольких месяцев к моменту постановки диагноза, и почти всех позднее была верифицирована остеоидная остеома, включая те очаги, размер которых не превышал 1см в диаметре на момент постановки диагноза. 3 пациентам с неспецифичной клинической симптоматикой было назначено МСКТ исследование, при котором выявление остеоид-остеомы оказалось неожиданной находкой.

Заключение: Таким образом, при исследовании пациентов, в особенности молодого возраста, с жалобами на неспецифический болевой синдром, в частности без предшествующей травмы в анамнезе, необходимо иметь настороженность и учитывать высокую вероятность возможности выявления остеоид-остеомы. В спорных случаях при невозможности достоверно поставить диагноз на основании результатов рентгенографии рекомендуется проведение дополнительного исследования КТ с особым вниманием на выполнение тонких срезов при максимально высоком качестве изображения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАН

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Изучение предгипертензии является на сегодняшний день немаловажным, особенно необходимо выяснить, могут ли особые эпидемиологические характеристики (возраст, пол, этническая принадлежность) и «главные» факторы риска влиять на ее развитие. Также немаловажно уделить внимание вопросам эпидемиологического изучения и контроля предгипертензии на уровне популяции с целью предупреждения артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Изучение распространенности предгипертензии (ПрГ) среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижан, а также их сравнение.

Методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижан.

Результаты. Выявлено, что средние значения САД составляют у женщин – $121,2 \pm 1,08$ и у мужчин – $122,9 \pm 1,40$ мм рт.ст., ДАД – по $77,2 \pm 0,59$ и $76,8 \pm 0,70$ – соответственно ($P_1 > 0,05$, $P_2 > 0,05$). Средние уровни САД и ДАД в общей популяции $\geq 15-70$ лет составили – $122,1 \pm 0,90$ и $77,0 \pm 0,47$ мм рт.ст. соответственно. В различных возрастных группах средние значения САД и ДАД отмечались 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 $\geq 15-70$ лет прирост АД составил в среднем для САД $36,2$ мм рт.ст. и для ДАД – $20,1$ 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 ПрГ: с возрастом выявляемость ПрГ увеличивается от 3,4 раза (у мужчин) до 20 раз (у женщин) ($P < 0,001$). Выявленная разница в распространенности предгипертензии и средних значений артериального давления между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики для различных возрастных групп.

ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ
СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С.

Андижанский государственный медицинский институт

По последним данным литературы, по результатам завершенных эпидемиологических и клинических исследований, выделена предгипертония как начальная форма артериальной гипертонии. Выявление её имеет важное клиническое значение, так как установление донозологической природы основных сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертонии позволит не только верифицировать само заболевание и его осложнения, но и прогнозировать его возникновение.

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических особенностей предгипертонии, а также оценка её основных факторов риска в современной популяции в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г. Андижане. Комплексное обследование популяции проводилось с использованием биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования.

Результаты: В различных возрастных группах средние значения САД и ДАД отмечались 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 $\geq 15-70$ лет прирост АД составил в среднем для САД $36,2$ мм рт.ст. и для ДАД – $20,1$ мм рт.ст. ($P < 0,05$).

Отмечался определенный статистически значимый возрастной диморфизм – распространенность предгипертонии у мужчин с возрастом увеличивается более чем на $39,5\%$ или в $3,4$ раза ($P < 0,001$). Среди женского населения в зависимости от возраста показатели распространенности предгипертонии установлены с разницей на $61,9\%$ или с увеличением в 20 раз ($P < 0,001$)

Выводы: Полученные данные по раннему выявлению предгипертонии свидетельствуют, что предгипертония является одним из распространенных факторов риска у населения уже в возрасте 20-29 лет.

Выявленная разница в распространенности предгипертонии и средних значений артериального давления между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики для мужчин и женщин различных возрастных групп.

ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема предупреждения развития неблагоприятных условий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и артериальной гипертензии остается одной из важнейших задач современной кардиологии. Это связано не только с резким увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в последние годы, но и с тем, что ее рост касается в основном лиц молодого, репродуктивного и трудоспособного возраста. Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений проводится не только при установленном диагнозе артериальная гипертония, но и у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного. Последние крупномасштабные исследования показали улучшение прогноза в результате снижения артериального давления при высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений у этой категории больных.

Нами в условиях СВП было обследовано 306 мужчин и женщин в возрасте 35-55 лет, факторы риска обнаружены у 186 лиц. При проведении профилактического осмотра у сельского населения в возрасте от 35 до 55 лет чаще всего встречались: избыточная масса тела – 31,9% от числа лиц, прошедших диспансерное обследование, табакокурение – 25,5%, повышенное артериальное давление – 19,9%. Распространенность таких факторов риска как гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия у 6,7% и 5,1% соответственно. В данном исследовании повышенное артериальное давление как единственный фактор риска отмечался у 14,5% от всех пациентов с 1 фактором риска. Пациентов, имеющих повышенное артериальное давление, как единственный фактор риска среди всех лиц с повышенное артериальное давление, было 28,9%. Гораздо чаще повышенное артериальное давление являлось составляющим факторов множественного риска у 71,1% пациентов, имеющих повышенное артериальное давление, в то время как повышенный ИМТ и табакокурение, как факторы, составляющие множественный риск, встречались у 44,1% и 45,8% от числа имеющих данный фактор риска.

Итак, безусловно, заслуживают внимания результаты исследований по мониторингу факторов риска. Так как это можно проводить в условиях первичного звена любым врачом, не требует дополнительных затрат, но достаточно информативно в отношении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. Особенно важно проводить мониторинг не только при установленном диагнозе артериальной гипертонии, но также при высоком нормальном артериальном давлении.

Таким образом, вышеизложенные данные убедительно свидетельствуют о том, что эпидемиологический мониторинг артериальной гипертензии и ее факторов риска развития в современной популяции – перспективный путь к улучшению прогноза у больных артериальной гипертензией и эффективного предотвращения кардиоваскулярного риска среди населения. Эпидемиологические исследования такого содержания и направления открывают иные горизонты и формируют новые профилактические мишени при различных сердечно-сосудистых заболеваниях, особенно при артериальной гипертензии.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАН

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Джумабаева С.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последнее десятилетие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной преждевременной смертности во всех развитых странах. В развитии и прогрессировании ССЗ существенная роль принадлежит факторам риска (ФР), 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

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.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР КАК ПРЕДИКТОР АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Среди основных факторов, приводящих к ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, сердечной недостаточности, заболеваниям периферических сосудов, почечной недостаточности, что чаще всего приводят к летальному исходу, одно из первых мест принадлежит артериальной гипертонии. Надо отметить, что повышение артериального давления, по литературным данным, чаще всего наблюдается у женщин в период полового созревания, беременности, во время родов и

в послеродовой период, что связано с гормональной перестройкой и особенно опасно как для женщины, так и для развития плода. Большая проблема состоит в том, что многие женщины даже и не подозревают о наличии у них артериальной гипертензии, в связи с чем и не получают своевременного лечения, а многие не лечатся из-за неосведомленности о необходимости лечения и о последствиях, которые их ожидают.

Цель исследования: Изучение психоэмоционального статуса, как фактора риска распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного женского населения г. Андижана.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения, проживающего в городе Андижан.

Результаты: Среди обследованных женщин психоэмоциональные факторы выявлялись с увеличением их частоты, в зависимости от возраста, от 2,6% до 37,5% - на 34,9% или в 14,4 раза ($P < 0,001$). Так, психоэмоциональные факторы выявлены у 15-19 летних в уровне - 4,3%, в 20-29 лет - 2,6%, в 30-39 лет - 6,7% ($P > 0,05$), в 40-49 лет - 12,5% ($P < 0,01$), в 50-59 лет - 22,9% ($P < 0,001$). Низкая физическая активность в группе обследованных 15-19 и 20-29 лет не отмечена (0,0%), а в возрастных группах 30-39 лет, 40-49 лет и 50-59 лет выявлялась с низкой частотой - по 1,3%, 3,1 и 6,3% соответственно ($P_1 < 0,01$; $P_2 < 0,01$; $P_3 < 0,01$).

Низкий медицинский контроль наблюдался среди женщин разного возраста со следующей частотой: в 15-19 лет - 0,0%, в 20-29 лет - 1,3% ($P < 0,01$), 30-39 лет - также 1,3% ($P < 0,01$), 40-49 лет - 1,6% ($P < 0,01$), 50-59 лет - 2,1% ($P < 0,001$).

Таким образом исследование показало, что для эффективного лечения больных с артериальной гипертензией при выявлении дисфункции вегетативной нервной системы наряду с традиционным лечением целесообразно провести медикаментозную коррекцию психоэмоциональных нарушений.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения возрождает интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения, в том числе в условиях Узбекистана.

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% ($P > 0,05$), неблагоприятный 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 острой и соленой пищи – 12,4 и 10,4% ($P>0,05$) и злоупотребление крепким чаем 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 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% ($P<0,01$).

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 гипертензии.

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.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В ЦЕЛЯХ РАЗРАБОТКИ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАН

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Механизм развития артериальной гипертензии до сих пор уточняется и в настоящее время уже известно, что даже у одного и того же больного факторы риска артериальной гипертензии не однородны. В частности малоизучено такое состояние, как предгипертензия, которая является предиктором артериальной гипертензии и может в свое время переходить в артериальную гипертензию, а может, минуя её, способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний/осложнений.

Цель. Изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижан.

Методы. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижан.

Результаты. Прослеживалась существенно высокая частота предгипертензии среди обследованной популяции (26,5%). При этом частота предгипертензии была в 1,3 раза выше у мужчин (30,0%), чем у женщин (23,2%), $P<0,05$. Отмечается определенный

статистически значимый возрастной диморфизм – распространенность предгипертензии у мужчин с возрастом увеличивается более чем на 39,5% или в 3,4 раза ($P<0,001$). В отдельных возрастных группах наблюдается с различием в следующих уровнях: в 15-19 лет – 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% ($P<0,001$). Среди женского населения в зависимости от возраста показатели распространенности предгипертензии установлены с разницей на 61,9% или с увеличением в 20 раз ($P<0,001$). Так, у женщин разного возраста распространенность предгипертензии выявлялась со следующей частотой: в 15-19 лет – 0,0%, в 20-29 лет – 0,0%, в 30-39 лет – 3,1% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 14,8% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 31,4% ($P<0,001$), в 60-69 лет – 61,9% ($P<0,001$), в 70 лет и старше – 33,3% ($P<0,01$).

Выводы. Таким образом, по материалам исследования наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди населения. Эти показатели выше у мужчин, чем у женщин.

Возрастной фактор является важным эпидемиологически научным фактом в нашем исследовании в отношении предгипертензии: с возрастом выявляемость предгипертензии увеличивается от 3,4 раза (у мужчин) до 20 раз (у женщин) ($P<0,001$). Полученные данные по раннему выявлению предгипертензии свидетельствуют:

- предгипертензия является одним из распространенных факторов риска у населения уже в возрасте 20-29 лет;
- выявленная разница в распространенности предгипертензии между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики.

НОВЫЕ ДАННЫЕ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАН

*Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.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 среди населения и ассоциируются увеличением суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений от предгипертензии и артериальной гипертензии. 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.

Цель. Изучение социально – поведенческих факторов риска с учетом групп со слабой и сильной силой в целях создания и внедрения в практику для широкого использования новой эпидемиологической модели развития и первичной профилактики повышенного артериального давления с учетом приоритетных факторов риска.

Методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных

выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г. Андижан.

Результаты. Мы попытались выделить «сильные» факторы риска со средней и слабой силой. Первая группа ассоциировалась с развитием предгипертензии и артериальной гипертензии практически в 100,0% случаев и к ним относились: неблагоприятный социальный статус, эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия, злоупотребление насваем, преимущественное употребление острых и соленых блюд, злоупотребление крепким чаем и кофе, курение, избыточная масса тела, употребление алкоголя, низкая физическая активность, низкий медицинский контроль, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия. Доля их составляет 54,5%.

Во вторую группу факторов входили 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% .

Сравнительно слабая группа была представлена 4-мя такими факторами, как 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 злоупотреблении крепкого чая и кофе, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии и злоупотребление насваем, в 3,2 раза меньше, в 3,9 раз реже при преимущественно умственном 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 условий.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования заставляют обратить внимание на необходимость реализации существующих программ профилактики и лечения повышенного артериального давления с учетом отмеченных 22 факторов риска, ограничения или даже исключения их на популяционном уровне. Практическому здравоохранению необходимо усилить работу, направленную на повышение образовательного уровня населения, пациентов и медицинских работников в отношении предгипертензии и артериальной гипертензии, указанных основных факторов риска и ассоциированные клинические состояния, способствующих повышению риска сердечно-сосудистых осложнений от артериальной гипертензии.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА С НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА.

*Валижанова З.И., Абдулхаева Д.Р., Юлдашева Г.Р., Турдиева Н.Д.
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республиканский колледж Олимпийского и параолимпийского резерва*

Цель исследования. Изучение микробиоценоза кишечника у спортсменов циклического вида спорта с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов клинического исследования 92 спортсменов циклического вида спорта. Обследовано 92 спортсменов циклического вида спорта из них 66 спортсменов с синдромом раздраженного кишечника (71,9 %) и 26 спортсменов функциональной диспепсией (28,1 %).

Материалом для изучения микрофлоры кишечника являлись фекалии, взятые из последней порции калового цилиндра. По результатам исследования выделено 3 типа дисбиоза толстой кишки: «Профицитный» - когда содержание большинства микроорганизмов (в основном облигатные анаэробы, относящиеся к условно-патогенной микрофлоре) превышало норму; «Дефицитный» - когда содержание большинства выявленных микроорганизмов было ниже нормы.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследования показывает, что дисбактериоз кишечника 3 и 2 степени преимущественно встречался в группе «Синдром раздраженного кишечника» и, в меньшей степени, в группе «Сочетанные функциональные заболевания». Дисбактериоз кишечника 1 степени выявлялся более чем у половины больных в группе «Функциональная диспепсия» и примерно у трети больных группы «СРК» Нормальный анализ кала выявлялся у каждого второго в группе «Сочетанные функциональные заболевания» и у каждого четвертого в группе «Функциональная диспепсия».

При анализе кала методом ГХГ-МС признаки дисбактериоза кишечника выявлены у 100% больных Функциональные заболевания органов пищеварения. На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что по типу дисбактериоза кишечника обнаружены статистически значимые различия между всеми группами.

В группах «Синдром раздраженного кишечника» и «Сочетанные функциональные заболевания» чаще всего встречались спортсмены с дефицитным типом дисбактериоза кишечника, реже с профицитным и еще реже с разнополярным типом. Среди спортсменов ФД, наоборот, чаще всего определялся разнополярный тип дисбактериоза кишечника, в меньшей степени профицитный и еще меньше дефицитный тип.

Выводы. Таким образом, больные синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи в сочетании с функциональной диспепсией, характеризовались специфическим профилем: большая степень дисбактериоза кишечника (II - III ст.) и «профицитный» его тип, большее среднее содержание серотонина сыворотки, большая частота тревожных расстройств. Больные с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров в сочетании с функциональной диспепсией характеризовались меньшей степенью дисбактериоза кишечника (I ст.) и «дефицитным» его типом, меньшим средним содержанием серотонина сыворотки, одинаковой частотой тревожных и депрессивных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Вахабов Б.М., Ойбекова Г.С., Абдуллаева К.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Одной из величайших пандемий неинфекционных заболеваний является гипертоническая болезнь. Известно, что частота гипертонии в общей популяции составляет около 15%, а если включить в это число лиц с пограничной артериальной гипертонией, то доля населения планеты с повышенным артериальным давлением возрастет до 25%, а среди людей в возрасте старше 65 лет – 50% и более. Столь широкая распространенность артериальной гипертонии обуславливает тот факт, что данная группа заболеваний является одной из ведущих причин трудопотерь, инвалидизации и смертности населения.

Целью исследования явилось изучение особенностей состояния нейрогуморальной системы при формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста.

Обследовано 50 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст $34,8 \pm 2,4$ года, проведены физикальные (измерения роста, массы тела, окружности талии, расчет индекса массы тела), лабораторные (липидный спектр крови, определения суточной экскреции катехоламинов: адреналина, норадреналина по методу В.Большаковой), инструментальные (электрокардиография в покое и при функциональной нагрузке, эхокардиография, определение офисного артериального давления (АД) и суточное мониторирование АД) и статистические методы исследования.

Установлено, что ведущим звеном в формировании гипертонической болезни у лиц молодого возраста является изменение особенностей суточного профиля артериального давления, изменений частоты сердечных сокращений в период ночного сна, изменения суточной экскреции катехоламинов адреналина (А), норадреналина (НА). Исследования показали, что наибольшие изменения суточной экскреции катехоламинов отмечается в группе исследуемых с ярко выраженными изменениями суточного профиля. Нами выявлена взаимосвязь неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и достоверно более высокая частота в ней нарушений регуляции АД.

Таким образом, охарактеризованы особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста на начальных этапах формирования ГБ, исследована их динамика в течение года, выявлены неоднородности средних уровней дневного и ночного АД в группе с высоким нормальным АД и более высокая частота в ней нарушений регуляции АД. Комплексное исследование методов ранней диагностики артериальной гипертонии у молодых лиц позволит своевременно выявлять молодых людей на ранней стадии заболевания. Полученные данные могут явиться основанием для дальнейшей разработки вопросов прогноза развития и течения ГБ у лиц молодого возраста.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Ойбекова Г.С., Олимов А.А.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для понимания патогенеза ИБС необходимо дальнейшее изучение кровообращения, в частности, биогенных аминов и ферментов, участвующих в метаболизме аминов. В настоящее время, перекисное окисление липидов (ПОЛ) представляет собой, постоянно протекающий физиологический процесс, который при интенсификации участвует в развитии ряда патологий. Установлено, что активизация процессов перекисного окисления липидов принимает участие в патогенезе многих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования явилось изучение нарушений метаболизма катехоламинов и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при семейной гиперхолестеринемии

У 124 пациентов и родственников с дислипидемиями и 20 практически здоровых лиц, изучали активность САС: определяли суточную экскрецию катехоламинов (КА) - адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), ДОФА, активность моноаминоксидазы (МАО) и процессы ПОЛ общепринятыми методами. Все исследуемые были разделены на 3 группы: I-я – контроль (n=15), II-я группа -

дислипидемия без ИБС (n=48), III-я - дислипидемия с клиническими признаками ИБС (n=76).

Полученные результаты показали, что во II-й группе отмечается повышение суточной экскреции: А суммарного на 26,5% по отношению к контрольной группе, суммарного норадреналина - на 14,4% по отношению к группе контроля ($p < 0,001$). Дофамин (ДА) суммарный повышен 9,3% по отношению к контролю ($p < 0,05$). ДОФА на 4,5% увеличена по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается понижение суточной экскреции КА, в частности; А суммарного на 27,7%, НА суммарный уменьшен на 29,3% соответственно по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). Происходит уменьшение экскреции суммарного ДА - на 48,8%, ДОФА на 22,0% по отношению к I-й группе ($p < 0,001$).

При исследовании активности MAO при дислипидемиях выявили снижение активности фермента во всех обследуемых группах по отношению к контрольной. В группе контроля активность MAO составила $0,07 \pm 0,001$ ед/экс. Во II-й группе активность MAO составила $0,05 \pm 0,002$ ед/экс., что на 28,6% ниже контроля ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается значительное понижение активности фермента на 45,7% по отношению к группе контроля и составила $0,038 \pm 0,002$ ед/экс. ($p < 0,001$).

Показатели ПОЛ во всех исследуемых группах достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В контрольной группе, уровень малонового диальдегида (МДА)- вторичного продукта ПОЛ, колебался в пределах 2,1 – 4,4 нмоль/мл, в среднем $3,6 \pm 0,5$ нмоль/мл. Во II-й группе отмечается статистически достоверное повышение уровня МДА на 72,2% по отношению к контрольной группе ($p < 0,001$). В III-й группе отмечается повышение уровня МДА на 116,6 % по отношению к показателям контроля ($p < 0,001$).

Таким образом, в ходе исследования выявлено значительное изменение активности САС и процессов ПОЛ при дислипидемиях, что говорит о важной роли этих показателей в патогенезе ИБС и атеросклероза.

РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

*Вахабов Б.М., Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Исаков А.А., Алижанов 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 457 человек: 283 мужчины и 174 женщины. Эпидемиологический диагноз «ишемическая болезнь сердца» установлен согласно валидизированным эпидемиологическим (кардиологический опросник Роуза) и клинико-функциональным (запись электрокардиографии с расшифровкой по Миннесотскому коду) критериям. Ранняя ИБС выявлена у 39 человек. Сформированы четыре подгруппы обследованных: 1-я - лица с ИБС на фоне АО (n = 24), 2-я - лица с ИБС без АО (n = 15), 3-я - контрольные по возрасту и полу

лица без ИБС с АО ($n = 88$), 4-я - контрольные по возрасту и полу лица без ИБС и АО ($n = 20$). Оценены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, повышенный индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), увеличенная окружность талии, сниженная физическая активность, повышенные уровни в крови холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП-ХС), холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности (не-ЛВП-ХС), триглицеридов (ТГ).

У лиц с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, ЛНП-ХС и не-ЛВП-ХС выше в 1,2 раза, а показатель ТГ - в 1,8 раза в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО показатели ИМТ, не-ЛВП-ХС и ТГ выше в 1,3, 1,5 и 2,6 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У лиц с ИБС на фоне АО распространенность повышенных ИМТ, уровней ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС и наличия АГ выше в 5,1, 1,6, 1,6 и 4,8 раза соответственно в сравнении с лицами с ИБС без АО. У мужчин с ИБС на фоне АО распространенность повышенного ИМТ и наличия АГ выше в 4,4 и 6,2 раза соответственно в сравнении с мужчинами с ИБС без АО. У обследованных лиц выявлена независимая прямая ассоциация относительного риска развития ИБС с наличием АГ (отношение шансов, ОШ, 3,368; 95% доверительный интервал, ДИ, 1,056-1,0718; $p = 0,040$), а у мужчин - с повышенными уровнями в крови ЛНП-ХС (ОШ 1,019; ДИ 1,000-1,039; $p = 0,049$) и не-ЛВП-ХС (ОШ 1,018; ДИ 1,000-1,039; $p = 0,05$).

Таким образом, у лиц с ранней ИБС (в возрасте до 45 лет), преимущественно у мужчин, развившейся в том числе на фоне абдоминального ожирения, значимыми факторами риска являются АГ и повышенные уровни в крови ЛНП-ХС, не-ЛВП-ХС, ТГ.

РАННИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Связанная с атеросклерозом сердечно-сосудистая патология с середины XX века стала одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения и приобрела характер эпидемии. Многочисленные эпидемиологические и популяционные исследования, проведенные в течение последнего полувека, вполне справедливо концентрировались на изучении факторов риска атеросклероза и его клинических осложнений, в первую очередь ишемической болезни сердца.

Целью исследования явилось определение ранних маркеров атеросклероза у мужчин молодого возраста с отягощённой наследственностью к сердечно-сосудистым заболеваниям.

В исследование были включены 68 мужчин в возрасте от 30-49 лет с различным уровнем риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Суммарный риск развития сердечно-сосудистых осложнений определяли по европейской шкале SCORE. В зависимости от уровня риска пациенты были распределены в 2 группы: I группа низкого и умеренного риска $<5\%$ – 38 пациентов; II группа высокого риска $\geq 5\%$ – 30 пациентов. Группу контроля составили абсолютно здоровые мужчины в возрасте от 30 до 45 лет без отягощённой наследственности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Одним из диагностических критериев определения риска развития атеросклероза является 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-разному, 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 в последующем 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.

ОЦЕНКИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Веприцкая Е.В.

*Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Высокая актуальность проблемы метаболического синдрома (МС) в настоящее время обусловлена не только его большой распространенностью, начиная с детского возраста, но и многообразием клинических проявлений, негативным влиянием на сердечно-сосудистый риск и функцию почек.

Цель исследования. Оценить клубочковую фильтрацию у больных с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы изучили и проанализировали характеристики артериальной гипертензии и активности почек у 65 пациентов с метаболическими нарушениями.

Результаты исследования. В нашем исследовании у больных с МС в сочетании с ожирением 1–3 степени, без нарушения функции почек при расчёте по формуле Кокрофта-Гаулта (СКФ1) получен высокий процент пациентов с гиперфильтрацией (52,2 %), в среднем СКФ у них составила 141 мл/мин. Причем величина ИМТ и прогрессирование ожирения были ассоциированы со значимым ростом выявления гиперфильтрации (при ожирении 1 степени у 22 %, 2 степени – 71,5 %, 3 степени – 66 %). Полученные результаты позволили диагностировать ХБП С2 у 45 %, ХБП С3а – у 6,8 % больных.

При распределении пациентов по степени ожирения было выявлено, что при 1–2 степени ожирения по СКФ1 нет снижения почечной функции, при ожирении 3 степени – С2 имеют 28 % больных. При расчёте по MDRD (СКФ2) мы не выявили пациентов с

гиперфилтрацией, а средняя СКФ составила 84,6 мл/мин/1,73 м² ($p < 0,01$). Диагноз ХБП С2 поставлен у 55,6 % пациентов с ожирением 1 степени, у 42 % – 2 степени, у 58 % – 3 степени, при этом при 3 степени ожирения у 25 % диагностирована С3а стадия ХБП. Полученные нами результаты не противоречили литературным данным, однако при расчёте СКФ по MDRD выявлено прогрессивное снижение СКФ (среднее значение 70 мл/мин/1,73 м²), число больных с низкой СКФ (< 60 мл/мин/1,73 м²) при ожирении 1 степени составило 12 %, а при морбидном ожирении – 22,8 %, а 60 % больных с ожирением имели ХБП С2, а 24 % – С3а [1, 2, 4, 5].

С наибольшей степенью вероятности, эти дивиаии можно объяснить тем, что в нашем исследовании приняли участие более молодые пациенты без отягощенного анамнеза по ряду заболеваний. Возникает вопрос: какому расчётному методу можно доверять у данной категории больных? В национальных рекомендациях по ХБП сказано, что расчётный метод Кокрофта-Гаулта из-за прямой корреляции с весом не рекомендуется использовать у больных с ИМТ > 40 кг/м² (что является критерием ожирения 3 степени) в связи с завышением истинной СКФ на 23 %, а определение СКФ по MDRD при нормальном уровне креатинина также нецелесообразно, поскольку занижает истинную СКФ и тем самым повышает процент больных с ХБП [1, 4, 5]. Данные выводы подтвердили результаты нашего исследования.

Вывод. В национальных рекомендациях по ХБП предложена альтернативная методика расчёта СКФ по формуле СКД-ЕРІ. В нашем исследовании выявлено, что расчёт СКФ (№ 3) по СКД-ЕРІ позволяет выявить больных с гиперфилтрацией (число больных в группе составило 16 %), чего мы не смогли сделать по MDRD, однако показатель был достоверно ниже, чем по формуле Кокрофта-Гаулта ($p < 0,01$).

По методике СКД-ЕРІ уменьшился процент больных с ХБП С2 до 45 %, в отличие от формулы MDRD – 58,8 %. Процент больных с ХБП 3а остался одинаковым по формулам СКД-ЕРІ и MDRD и составил 6,8 %. Это объясняется тем, что по мере повышения креатинина формула MDRD становится более валидной.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Ганиев Б. С., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Холикова Н.А.
АндГосМИ, Андижан*

Бронхиальная астма (БА) представляет глобальную проблему здравоохранения. БА снижает уровень качества жизни (КЖ) человека, влияя на все виды его деятельности. Для определения эффективных направлений профилактики и лечения БА с учетом современных эпидемиологических условий и ситуаций регионов Узбекистана нами было проведено исследование маргинальных эффектов ключевых факторов эффективности терапии БА. Для этого из каждого из изучаемых регионов было отобрано по 80 пациентов. В г. Ташкент наиболее значимыми факторами являются: Прекращение курения (8,4%), Соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA (7,1%), Избегание воздействия аллергенов (9,8%). Таким образом, в г. Ташкент основное внимание необходимо уделять прекращению курения у пациентов, избеганию воздействия аллергенов и соответствию назначаемых препаратов и доз требованиям GINA, так как именно данные факторы дадут наибольшие результаты. В Андижанской области наиболее значимыми факторами являются: Прекращение курения (3,5%), Техники дыхания (8,1%), Соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA (3,8%), Избегание воздействия аллергенов (3,1%), Физическая активность (2,97%). В Бухарской области наиболее значимыми факторами являются: Прекращение курения (2,0%), Соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA (3,1%), Избегание воздействия аллергенов (5,3%). В Джизакской

области наиболее значимыми факторами являются: Прекращение курения (3,0%), Соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA (18,3%), Техники дыхания (5,13%), Избегание воздействия аллергенов (2,4%). Таким образом, для каждого региона мы выделили основные направления работы для повышения эффективности терапии БА. Ключевыми направлениями для всех регионов являются: Прекращение курения, Соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA и избегание воздействия аллергенов.

Особенностью использования маргинальных эффектов является то, что можно проводить мониторинг факторов эффективности терапии БА и оценивать данные параметры в динамике. Для этого нами была разработана программа фармакоэпидемиологического мониторинга. Критериями включения являлись пациенты старше 18 лет, страдающие БА не менее одного года, которые посещают занятия в «Астма-школе». Критериями исключения являлись возраст менее 18 лет, наличие тяжелых соматических, онкологических и психических заболеваний. Преимуществами данной программы фармакоэпидемиологического мониторинга является то, что она может оказывать влияние на политику применения лекарственных средств в масштабах как конкретного лечебного учреждения и областей республики, так и страны в целом. В РУз необходимо ограничить применение больным с диагнозом легкой интермиттирующей БА иГКС, LABA, системные ГКС. Для этого можно ограничить показания, внести в инструкцию особые предупреждения. Также необходимо более активное использование у пациентов с легкой персистирующей БА, БА умеренного течения и тяжелой БА иГКС. Этого можно достичь путем включения их в клинические рекомендации, стандарты терапии, перечни лекарственных средств, которые частично или полностью финансируются государством.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Ганиев Б. С., Мамасолиев Н.С., Салохидинов А.С., Холикова Н.А.
АндГосМИ, Андижан*

Бронхиальная астма (БА) – это хроническое заболевание со сложным многокомпонентным механизмом развития и прогрессированием и принадлежит к числу наиболее распространенных аллергических заболеваний в детском возрасте. Показатели заболеваемости БА в разных странах и популяциях колеблются в пределах 1 % – 18 %. У детей этот показатель составляет 5-10 % в популяции и зависит от возрастно-половых характеристик и имеет устойчивую тенденцию к росту. В Узбекистане среднепериодовый пятилетний (2014-2018 гг.) показатель первичной и общей заболеваемости бронхиальной астмой среди детей в возрасте до 14 лет составил соответственно 18,3 и 64,2 (на 100000 детей), а среди подростков 23,3 и 92,8 (на 100000 подростков) соответственно. Распространенность БА в подростковом возрасте в 1,3–1,4 раза превышает аналогичные показатели среди детей младшего возраста. В целом за пятилетие показатели общей и первичной заболеваемости БА как среди детей, так и среди подростков в республике имели тенденцию к росту на 10–30 %. БА остается одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной педиатрии. Особую значимость проблеме придает положение согласно которому, заболевание, которое началось в детском возрасте, часто продолжается в зрелом возрасте, приводит к снижению качества жизни, может быть причиной инвалидности, а иногда и гибели пациента. В соответствии с современными представлениями факторы риска развития БА разделяют на внутренние (врожденные, эндогенные) и внешние (экзогенные). Внутренние факторы, прежде всего, отражают особенности патогенетических механизмов, проходящих на клеточном и молекулярном уровнях, внешние – контакты с

причинно-значимыми аллергенами, объемом терапии и другим. Внутренними (врожденными) факторами риска развития БА у детей являются: атопия, генетическая предрасположенность, гиперреактивность дыхательных путей, пол и расовая принадлежность. БА в детском возрасте в 80-90 % случаев имеет, в основном, атопический характер. Атопия – наследственная предрасположенность организма с развитием выраженной аллергической реакции на контакт с аллергенами окружающей среды. При атопии дисбаланс между Th-1 и Th-2 клетками характеризуется повышением активности Th-2, выработкой основных цитокинов, которые контролируют аллергическое воспаление (IL-4, IL-13, IL-5, IL-10 и др.), гиперпродукцией IgE-антител, высвобождением медиаторов аллергических реакций (гистамина, лейкотриенов, простагландинов и др.), которые в свою очередь вызывают повышение сосудистой проницаемости, спазм гладкой мускулатуры бронхов, гиперсекрецию слизи, миграцию эозинофилов и Th-2 клеток в слизистые оболочки дыхательного тракта. Вышеперечисленные процессы реализуются развитием хронического аллергического воспаления. Среди факторов, которые нарушают генетическую стабильность при БА, выделяют влияние инфекционных и неинфекционных аллергенов, включая прямое действие вирусов, а также косвенные эффекты бактериальных и вирусных агентов, повышенный выброс медиаторов воспаления и аллергии, количественную и функциональную недостаточность клеточного звена иммунитета. Генетически запрограммированная система вывода ксенобиотиков делает уникальными адаптационные возможности каждой личности, ее устойчивость или, наоборот, чувствительность к вредным факторам окружающей среды.

**ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ
ШАХСЛАРНИНГ СОҒЛОМ ЖИНСИЙ ШЕРИКЛАРИНИ РЕЖАЛИ
ТЕКШИРИЛИШИ САМАРАДОРЛИКЛАРИНИ БАҲОЛАШ**

*Ғаниев Б., Жумабоева Х., Искандаров А, Мирзакаримова Д.Б.,
Маматхужаев А.С., Абдурахмонов М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Турмуш ўртоқлари соғлом ОИВ инфекцияси билан диспансер назоратида турган беморларни жинсий шерикларини ОИВга текшириш касалликни жинсий йўл орқали юқишини назорат қилиб бориш имконини беради.

Мақсад: Аҳоли ўртасида касалликлар сонини камайтириш, ОИВ инфекцияни жинсий йўл билан юқишини олдини олиш ва вақтида тўғри ҳимояланишша ўргатиш. Хозирги кунда ОИВ инфекциясини аксарияти жинсий йўл билан юқаётганлиги эпидемиологик суриштирувлар натижасида ўз тасдиғини топмоқда. Шунинг учун вақтида ўтказилган дискордант жуфтликлар ўртасидаги текширувлар аҳамияти каттадир.

Текширув усули: Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш марказида тайёрланаган маълумотларга асосан 2021 йилда режали текширувдан ўтган дискордант жуфтликлар 428 нафарни ташкил этди. Булардан 26 нафарига МОП ўтказилди. Жинсий шерик сифатида режали текширувдан ўтган фукороларнинг 37 нафарида ОИВ инфекцияси аниқланган. Бу эса бу контингент ўртасида профилактик тадбирларни янада кучайтириш лозимлигини кўрсатади.

Натижа: Дискордант жуфтликлар орасида 2021 йил давомида 37 нафар шахсларда ОИВ инфекцияси аниқланиб диспансер назоратига олинган. Бугунги кундаги мавжуд муаммолардан бири ОИВ инфекцияли шахсларнинг соғлом жинсий шериклари (дискордант жуфтликлар) ҳимояланмаган жинсий алоқага тўғри баҳо

бермаслиги, вақтида мурожаат этмаслиги, шунингдек даврий текширувлардан тўлик ўтишга безътиборлик билан ёндошганлиги бўлиб қолмоқда.

Таъкидланганларни эътиборга олиб, ОИВ инфекцияли беморларнинг соғлом жинсий шериклари айниқса ОИВ юқиши эҳтимоли юқори бўлган аҳоли ўртасида ОИВ инфекциясини юқиш йўллари, ушбу инфекциядан сақланиш усуллари тарғиботини кучайтириш, тиббий маданиятини ошириш ишларини самарадорлигини ошириш зарур бўлади.

Хулоса: Юқоридагилардан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 сентябрдаги 206-сонли буйруғига асосан, дискордант жуфтликларни ОИВга йилига 2 марта текширишни ташкил этиш ОИВ инфекциясини эрта ташхислашга имкон беради.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-ИНФЕКЦИЮ И БЕЗ НЕЁ

Ганиев С.С.¹, Хакимова Р.А.²

¹*Ферганский медицинский институт общественного здоровья.*

²*Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. События стремительно разворачиваются в современном информационном пространстве, формируя общественное мнение и отношение. Безусловно, оценить и дать исчерпывающую характеристику сейчас, «лицом к лицу», крайне затруднительно, и потребуется время для окончательного осмысления и выводов.

Как известно, новый корона вирус (SARS-CoV-2) в декабре 2019 г стал этиологическим агентом вспышки пневмоний в китайском городе Ухань (Wuhan). Инфекция получила название «COVID-19», и в марте 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о глобальной пандемии.

В большинстве случаев COVID-19 клинически проявляется как острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей, в части случаев с такими дополнительными и характерными симптомами, как гипо-/аносмия, гипо-/агевзия.

Также возможно вовлечение в процесс нижних дыхательных путей с развитием вирусной пневмонии, а при тяжелом течении - респираторного дистресс-синдрома (РДС) взрослых, вплоть до летального исхода на фоне полиорганной недостаточности, особенно у пациентов пожилого возраста и лиц с рядом сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы - ССС, онкологические заболевания и др.)

Цель исследования. Провести освещающих взгляды ученых и врачей на проблему влияния COVID-19 на состояние сердечно-сосудистой системы, в частности его патогенетических аспектов.

Методы исследования. Данные имели непараметрический характер распределения, что было подтверждено графическим методом. Результаты представлены следующим образом: среднее арифметическое ± стандартное отклонение. Для определения различия между группами с количественными показателями использовался критерий Манна-Уитни, с качественными – односторонний критерий Фишера. Значимыми различиями определяли показатель $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При изучении историй болезней пациентов кардиологического отделения в клинике АГМИ было выяснено, что среднее число койко-дней для 1й группы равнялось $11,1 \pm 1,2$ а для 2й – $9,2 \pm 1,8$ ($p = 0,04036$).

Данная разница могла быть обусловлена более тяжелым течением заболевания на фоне перенесенной НКВИ и как следствие необходимостью более длительного стационарного лечения.

Действительно, при определении наличия данной закономерности между группами оказалось, что систолическое давление у пациентов, перенесших COVID-19 в среднем равнялось $166,2 \pm 18,9$ мм.рт.ст., тогда как у пациентов без НКВИ - $141,9 \pm 12,4$ мм.рт.ст. ($p=0,01278$). Диастолическое давление у пациентов 1й группы равнялось $94,6 \pm 7,3$ мм.рт.ст., 2й группы - $85,4 \pm 7,3$ мм.рт.ст. ($p=0,02382$). Пульсовое давление равнялось $71,5 \pm 12,9$ мм.рт.ст. и $56,5 \pm 10,9$ мм.рт.ст. соответственно ($p=0,02926$). Артериальная гипертензия (АГ) встречалась у всех пациентов в представленных выборках.

По шкале SCORE очень высокий риск был диагностирован у 10 (76,9%) пациентов, перенесших НКВИ и у 10 (76,9%) пациентов без COVID-19 в анамнезе. АГ I стадии встречалась единожды (7,7%) в каждой группе. АГ II стадии была диагностирована у одного (7,7%) пациента 1й группы и у трех (23,1%) - 2й. Наибольший процент составляли пациенты с АГ III стадии: у 11 (84,6%) постковидных пациентов и у 9 (69,2%) не болевших COVI-19. АГ второй степени выявлялась только во 2й группе у 4 (30,8%) пациентов.

В то же время 3 степень АГ по артериальному давлению (АД) была диагностирована у всех пациентов в 1й группе и у 9 (69,2%) во второй. Разницу показателей АД в группах можно связать с вышеописанными механизмами прямого и опосредованного воздействия вируса на ССС.

У 11 (84,6%) пациентов первой группы в истории болезни была указана ишемическая болезнь сердца, у второй - у 9 (69,2%). Сахарный диабет встречался у 1й группы в 5 (38,5%) случаях, а у 2й - в 4 (30,8%). Атеросклероз имели в анамнезе 10 (76,9%) пациентов из 1й группы и 7 (53,8%) из 2й. К тому же, одной из наиболее частых сопутствующих патологий была хроническая болезнь почек: у 11 (84,6%) постковидных пациентов и у 10 (76,9%) пациентов без COVID-19 в анамнезе.

Вывод. Таким образом, на сегодняшний день накоплено достаточно много информации относительно вариаций течения

COVID-19, зачастую изменения затрагивают не только легкие и респираторный тракт, а особенности патогенеза позволяют в ряде случаев сделать заключение о мультисистемности патологии.

Вовлечение ССС возможно и при нетяжелом течении инфекции независимо от выраженности симптоматики, что требует дальнейшего детального изучения. По всей видимости, целесообразно рекомендовать всем пациентам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, проведение ЭхоКГ и дальнейшее наблюдение при обнаружении изменений.

COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ ВОВЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Ганиев С.С.¹, Хакимова Р.А.²

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

²Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 (CoronaVirus Disease-2019), которую вызывает новый штамм коронавируса – SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2), явилась причиной стремительного роста числа заболевших и высокой смертности во всем мире.

Несмотря на тропизм SARS-CoV-2 к легким, при COVID-19 имеется высокий риск развития полиорганной недостаточности, в т. ч. из-за поражения сердечно-сосудистой системы (ССС).

Цель исследования. Провести освещающих взгляды ученых и врачей на проблему влияния COVID-19 на состояние сердечно-сосудистой системы, в частности его патогенетических аспектов.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели был выполнен ретроспективный анализ данных 30 историй болезни пациентов за 2021 год, находившихся на лечении в кардиологическом отделении в клинике АГМИ (13 человек - 50%) в анамнезе имела сведения о перенесенной новой коронавирусной инфекции (НКВИ).

Равная по численности вторая группа пациентов не включала в себя переболевших COVID-19. Из 13 человек, перенесших НКВИ, было 6 (46,2%) мужчин и 7 (53,8%) женщин, а в группе пациентов, не болевших COVID-19, было 4 (30,8%) и 9 (69,2%) соответственно. В первой группе средний возраст пациентов составил $70,7 \pm 9,8$ года, а во второй – $74,1 \pm 6,7$ лет.

Результаты и обсуждение. Больные с сопутствующими ССЗ и / или традиционными кардиоваскулярными факторами риска (пожилой возраст, мужской пол, АГ, СД, ожирение) относятся к особо уязвимой когорте, отличающейся тяжелым течением COVID-19 и высокой госпитальной летальностью.

Метаанализ 6 исследований ($n = 1\ 558$) установил независимые предикторы тяжелого течения COVID-19 (с развитием ОРДС) [9]. Это следующие сопутствующие заболевания: АГ (отношение шансов (ОШ) – 2,29, $p < 0,001$), другие ССЗ (ОШ – 2,93; $p < 0,001$), цереброваскулярная болезнь (ОШ – 3,89; $p = 0,002$), СД (ОШ – 2,47; $p < 0,001$) и хроническая обструктивная болезнь легких (ОШ – 5,97; $p < 0,001$)

При наличии ИБС вероятность развития тяжелых форм COVID-19 увеличивалась в 2,5 раза. В исследовании изучалось влияние ССЗ на риск появления тяжелых форм COVID-19 у больных ($n = 332$, средний возраст – 51 год) со среднетяжелым течением инфекции. Сравнение 2 групп: «с ССЗ» ($n = 48$, 14,5 %) и «без ССЗ» ($n = 284$, 85,5 %) показало, что больные «с ССЗ» были старше (средний возраст 56 лет vs 50 лет; $p = 0,007$), чаще жаловались на слабость (28,3 % vs 11,1 %; $p = 0,002$), дискомфорт за грудиной (40,0 % vs 6,0 %; $p < 0,001$) и миалгию (13,0 % vs 2,6 %; $p = 0,001$), чаще страдали СД (8,3 % vs 2,5 %; $p < 0,05$) и заболеваниями легких (8,3 % vs 1,1 %; $p < 0,05$), а также чаще госпитализировались в ОРИТ (47,9 % vs 12,4 %; $p < 0,001$).

В интенсивной помощи особенно нуждались пациенты с АГ (44,7 % vs 13,9 %; $p < 0,001$) и ИБС (90,9 % vs 15,0 %; $p < 0,001$) по сравнению с лицами, имеющими другие ССЗ. По данным многофакторного анализа определено, что сопутствующие ССЗ – независимый фактор развития тяжелых форм COVID-19 (ОШ – 2,652, 95%-ный доверительный интервал (ДИ) – 1,019–6,899). Вирусная инфекция может дестабилизировать состояние ССС, что значительно повышает риск летальности при сопутствующих ССЗ.

В исследовании показано, что риск смерти при ССЗ увеличивался в 2,4 раза ($p = 0,019$). Анализ 44 672 случаев с подтвержденным диагнозом COVID-19 из Chinese Center for Disease Control and Prevention констатировал высокую летальность у больных с ССЗ (10,5 %), АГ (6,0 %) и СД (7,3 %), тогда как общий показатель летальности составил 2,3 %.

Согласно многофакторному анализу 1 590 больных, госпитализированных с COVID-19, предикторами летальных исходов были: возраст – 75 лет и старше (ОШ – 7,86; 95%-ный ДИ – 2,44–25,35) и от 65 до 74 лет (ОШ – 3,43; 95%-ный ДИ – 1,24–9,50), ИБС (ОШ – 4,28; 95%-ный ДИ – 1,14–16,13), цереброваскулярные заболевания (ОШ – 3,1; 95%-ный ДИ – 1,07–8,94), диспноэ (ОШ – 3,96; 95%-ный ДИ – 1,42–11,00), уровень

прокальцитонина $> 0,5$ нг / мл (ОШ – 8,72; 95%-ный ДИ – 3,42–22,28) и активность аспаратаминотрансферазы > 40 ед. / л (ОШ – 2,2; 95%-ный ДИ – 1,10–6,73).

Итак, при сопутствующих ССЗ часто развиваются тяжелые формы COVID-19, требующие госпитализации больного в ОРИТ и ухудшающие его прогноз. В связи с этим у всех пациентов, в т. ч. со среднетяжелым и даже легким течением COVID-19, необходимо оценивать состояние ССС исходно и контролировать его в дальнейшем.

Вывод. Воздействие вируса SARS-CoV-2 и других патогенных факторов, обладающих токсическим, провоспалительным и прокоагулянтным эффектами, может привести к декомпенсации сопутствующих ССЗ и увеличить госпитальную летальность.

Новая роль АПФ2 в качестве рецептора для вируса SARS-CoV-2 в определенной степени объясняет патофизиологическую связь между вирусной инфекцией, иммунной системой и ССЗ. Новое коронавирусная инфекция может провоцировать острое поражение миокарда и другие новые кардиологические осложнения.

Поскольку ряд лекарственных препаратов, используемых при COVID-19, оказывают кардиотоксическое влияние, необходим постоянный контроль над гемодинамическими параметрами, ЭКГ и ЭхоКГ (по показаниям).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Гафарова Ш.А., Насретдинова М.Т.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Болезнь Меньера – это идиопатическое негнойное заболевание внутреннего уха, в основе которого лежат эндолимфатический гидропс и внутривестибулярная гипертензия, клинически проявляющееся остро возникающими приступами системного головокружения, шумом в ушах и прогрессирующей, чаще односторонней, акузией. Болезнь Меньера – преимущественно патология лиц трудоспособного возраста (25-50 лет).

Целью исследования: Явилось применение метода регистрации отоакустической эмиссии в диагностике болезни Меньера.

Материалы и методы исследования. Обследованы 32 человека с болезнью Меньера (19 мужчин и 13 женщин). Возраст больных составил от 20 до 64 лет, давность заболевания колебалась от одного месяца до 18 лет: от 6 мес до года - 4 больных, от 1 года до 3 лет 14 человек, от 3 до 5 лет 11 человек, свыше 5 лет 3 человека. Обследование включало общий осмотр больного, осмотр ЛОР-органов, лабораторные тесты (анализы крови, мочи и т.д.), рентгенологическое исследование височных костей. Всем больным проводили комплексное аудиометрическое обследование: тональную пороговую аудиометрию, надпороговые тесты (Si-Si, Фоулера, Люшера, определение порога дискомфорта), определяли пороги и латерализацию ультразвука. Все больные были консультированы отоневрологом. Для сравнительного анализа обследована контрольная группа из 40 практически здоровых лиц. В эту группу были включены люди в возрасте от 20 до 60 лет, не имеющие жалоб на снижение слуха, в анамнезе заболеваний среднего уха в семейном анамнезе - наследственной тугоухости.

Результаты исследования При регистрации ПИОАЭ у больных получен ответ у 15 из 20 человек (75%) на частоте 500 Гц, у всех обследованных на частотах 1000 и 2000 Гц, у 8 человек (40%) частоте 4000 Гц. Особый интерес, по нашему мнению, имеют значения отоакустической эмиссии, полученные в лучше слышащем ухе, тональные пороги слуха в которых соответствовали норме и не превышали 20 дБ. В группе больных среднее увеличение амплитуды ПИОАЭ составило $2,7 \pm 0,5$ дБ. Изменения амплитуды ЗВОАЭ не было зарегистрировано. При сравнении данных, полученных в

лучше слышащем ухе, с контрольной группой видно, что средние значения ЗВОАЭ у пациентов с болезнью Меньера (при тональном пороге слышимости до 20 дБ) достоверно ниже, чем в контрольной группе. Сравнение амплитуды ПИОАЭ в контрольной группе позволило определить, что значения в контралатеральном ухе больных достоверно ниже, чем в нормальных ушах в контрольной группе на всех частотах.

Выводы Полученные данные свидетельствуют, что отоакустическая эмиссия может быть использована в качестве дополнительного метода оценки состояния слуховой функции после проведения дегидратации, а также для диагностики состояния структур внутреннего уха при болезни Меньера.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДИКТОРНЫХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ

*Далимов А.А., Якубов Н.И., Тоджиходжаев Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Социальная значимость заболевания увеличивается, помимо широкой распространенности, чрезвычайно высокой смертностью и высокой частотой развития жизнеопасных осложнений, таких как тяжелая пневмония (10% больных), острый респираторный дистресс-синдром у взрослых (5%) и тромботические осложнения. Поиск антифибротических мер эффективных у больных COVID-19 ассоциированной пневмонией, является одной из актуальных проблем, которые поставила перед мировым здравоохранением SARS-CoV2 пандемия. Настоящее исследование посвящено изучению частоты и предикторов риска развития постковидной интерстициальной болезни легких и рациональных методов ее профилактики.

Цель исследования. Изучить клинико-патогенетические особенности предикторных факторов формирования интерстициального фиброза легких у популяций, перенесших COVID-19.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 319 больных, перенесших COVID-19 ассоциированную пневмонию с поражением не менее 50% легочной паренхимы, и 20 здоровых добровольцев. Исследование было 2-х этапным: на первом этапе 102 больных, выписанных из инфекционного стационара, в течение 2-х месяцев проходили курс реабилитации, включающей индивидуально подобранную программу лечебной физкультуры, включая дыхательную гимнастику и регулярные динамические физические нагрузки, а также кислородотерапию в случае сатурации в покое ниже 90% в течение 2-6 часов в сутки. Вторая ветвь исследования включала 217 больных с высоким риском развития фиброза легочной паренхимы согласно предлагаемой шкалы.

Результаты исследования. Учитывая пандемический характер SARS-CoV2 инфекции, в ходе исследования изучалась возможность использования ультразвукового исследования легких с целью прогнозирования и динамического наблюдения за фиброзной трансформацией легочной паренхимы. Основываясь на разработанной шкале оценки риска постковидной интерстициальной болезни легких, было предпринято изучение прогностической эффективности шкалы, в которой критерий «объем пораженной легочной паренхимы в конце инфекционного периода по результатам МСКТ грудной клетки» был заменен на балл оценки уплотнения легочной паренхимы ультразвукового исследования легких в той же временной точке. У 57 больных из 102 (55,88%) балльная оценка согласно этой шкалы была 2 или 3 балла. Из них постковидный легочный фиброз развился у 52 больных (91,23%), у оставшихся 45 больных фиброз развился у 9 больных (20%, хи квадрат =53,05, $p < 0,001$). Относительный риск развития интерстициальной болезни легких у больных с балльной

оценкой 2 и более баллов составляет 4,56, по сравнению с больными с бальной оценкой менее 2 баллов. Чувствительность представленной шкалы была ниже, чем шкалы с использованием МСКТ и составила 85,25%, специфичность, напротив, была выше, и составила – 87,80%, прогностическая эффективность – 86,27%, что ниже, чем у шкалы с использованием МСКТ грудной клетки.

Выводы. Таким образом, настоящее исследование показало, что в постинфекционном периоде COVID-19 ультразвуковое исследование легких может быть использовано с целью прогноза и динамического наблюдения развития интерстициальной болезни легких, адекватно заменяя серийное МСКТ исследование грудной клетки. Использование ультразвукового исследования легких является информативным, доступным, экономичным, технически простым и позволяет значительно снизить техническую и финансовую нагрузку на систему здравоохранения.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ И ЭНТЕРОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

*Дадаев Ш.А., Абдумажидов А.Ш., Хасанов С.М., Аbruев Б.У.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.*

Актуальность: Нарушение барьерной функции кишечника играет большую роль в течении тяжелого острого панкреатита. Для сохранения целостности кишечного барьера необходимы защитные факторы слизистой оболочки кишечника (факторы роста, питательные вещества, сохранение микроциркуляции и моторно-эвакуаторной функции), поддерживающие нормальный состав кишечной флоры. Одним из этих факторов является энтеросорбент – Энтеросгель, в связи с чем представляется целесообразным изучение его роли в лечении синдрома кишечной недостаточности у больных с тяжелым острым панкреатитом (ТОП).

Цель: Изучение эффективности применения Энтеросгеля у больных с ТОП.

Материалы и методы исследования: За период с 2018-го по 2021 год были изучены истории болезней 80 больных с тяжелым острым панкреатитом. Из них мужчин – 70(77,7%), женщин 20(22,3%), средний возраст - 49,3(±21,3) лет. Пациенты были разделены на основную группу, получавшую Энтеросгель через назогастральный зонд на фоне забрюшинной лимфотропной терапии в течении 6-10 дней (n=35) и группу сравнения в которой Энтеросгель не вводили (n=55). У пациентов основной группы АРАСНЕ II – 6,9±4,7 балла; SOFA – 1,85±2,4 балла. В группе сравнения АРАСНЕ II – 8,7±5,2 балла; SOFA – 2,4±2,6 балла. Для оценки эффективности применения Энтеросгеля проводили: ультразвуковое исследование (УЗИ) с оценкой функционального состояния кишечника, эзофагогастро-дуоденоскопию (ЭГДС) (оценка слизистой оболочки кишечника, моторной функции), лабораторные методы исследования (С-реактивный белок – СРБ, общий белок, альбумин, диастаза крови).

Результаты: В основной группе УЗИ кишечника продемонстрировало более быстрое (24,8±9,5 ч) восстановление перистальтической функции тонкой кишки, в то время как в группе сравнения эти сроки восстановления удлинялись до 54,2±20,7 ч. При проведении ЭГДС выявлено, что наличие признаков изменения кишечной стенки (дефекты слизистой оболочки, снижение/отсутствие перистальтики) в основной группе встречались значительно реже (25 больных - 31,25%), по сравнению с контрольной группой, не получавших энтеросорбент (55 больных - 68,75%). При изучении лабораторных данных было отмечено, что в основной группе больных общий белок был в пределах нижней границы (57,8±7,9 г/л), а сывороточный альбумин составил 30,4±8,92 г/л., в то время как в группе сравнения общий белок снижался ниже

референтных значений ($44,5 \pm 9,12$ г/л), в сывороточный альбумин не превышал $21,8 \pm 5,1$ г/л. Также было отмечено снижение уровня СРБ до $96,4 \pm 16,8$ г/л в основной группе от исходного уровня ($124,4 \pm 22,1$ г/л), в то время, когда в группе сравнения снижение СРБ отмечено не было.

Выводы: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о вероятной способности энтеросорбента на фоне забрюшинной лимфотропной медикаментозной терапии уменьшить степень повреждения кишечной стенки, улучшать функциональную активность тонкой кишки в целом, снижать уровень местной воспалительной реакции и уменьшить риск развития гнойно-септических осложнений. Таким образом, применение энтеросорбента на фоне забрюшинной лимфотропной терапии у больных с тяжелым острым панкреатитом показало хорошие результаты и обосновывает его дальнейшее его использование.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ И БЛИЗКОГО РОДСТВА В ЭТИОЛОГИИ СЕМЕЙНОЙ ОЛИГОФРЕНИИ

*Далимова С.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Пулатова Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Роль наследственности при недифференцированных (идиопатических) формах слабоумия не выступает так четко, как при хромосомных заболеваниях и особенно при наследственных дефектах обмена.

В каждом конкретном случае бывает часто невозможно решить вопрос о принадлежности больного олигофренией к наследственно обусловленным или экзогенным формам.

Цель исследования. Изучить роль наследственности и кровного брака в патогенезе семейной олигофрении.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 122 группы близнецов с олигофренией, из которых 66 пар подходили для исследования. Согласно нашему опросу этих пар близнецов, в 80 процентах случаев у одной и той же пары оба близнеца были умственно отсталыми, в то время как среди пар братьев и сестер только 8 процентов близнецов были умственно отсталыми. Это говорит о важной роли генетических факторов в развитии олигофрении у близнецов.

Мы сравнили наши конкретные исследования с исследованиями других ученых и провели их сравнительный анализ, который мы представляем ниже.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных и лабораторных исследований не выявил каких-либо экзогенных вредностей во время беременности, родов и в раннем постнатальном периоде. Значительная наследственная отягощенность психическими заболеваниями, установленная при генеалогическом обследовании, позволяет высказать предположение о генотипической обусловленности возникновения этой формы олигофрении.

В структуре дефекта детей 2-й подгруппы (осложненные формы олигофрении) отмечается большой полиморфизм симптоматики. Наряду с симптомами, характерными для олигофренического слабоумия (нарушение процессов осмысления, бедность суждений, отсутствие любознательности, инертность и конкретность мышления и т. Д.), у этих детей выявлены нетипичные для олигофрении симптомы, которые резко изменяют структуру олигофренического дефекта.

У одних детей на фоне общего недоразвития познавательной деятельности выступает крайняя заторможенность, замедленность, вялость и пассивность, у других — церебрастенический синдром. В этой же подгруппе имеются дети, у которых недоразвитие познавательной деятельности сочетается с психопатоподобным поведением.

При осложненных формах олигофрении отклонения биоэлектрической активности мозга носит более грубый характер и проявляются в дезорганизованности α -ритма, наличии θ -ритмов и билатеральных вспышек медленных колебаний, усилении вторичных ответов, иррадиации усвоения ритма световых мельканий в передние отделы коры. Анализ анамнестических данных и лабораторных исследований показывает, что в большинстве случаев (у II детей из 14) имели место различные экзогенные вредности во время беременности, в родах или в раннем постнатальном периоде. Значительная наследственная психопатологическая отягощенность, установленная при генеалогическом исследовании, позволяет высказать предположение о сочетании экзогенных и эндогенных вредностей в генезе олигофрении

Во 2-й группе пробандов было 4 семьи (из 34), в которых олигофрения прослеживалась в нескольких поколениях: у детей, родителей, дедов и бабок.

В этих случаях олигофрения была отмечена у детей, родившихся от нескольких (2 или 3) браков умственно отсталого родителя. В этом случае имелось особенно отчетливое разграничение здоровых и больных родственников. Дефект у большинства детей из названных 4 семей по своей структуре относится к неосложненной (генотипической) форме олигофрении (по классификации М. С. Певзнер).

Результаты обследования детей из семей пробандов, у которых этиология олигофрении остается неясной (3-я группа), показывают, что и в этих семьях имеются дети с различными отклонениями в психическом развитии, в том числе и страдающие олигофренией. Число больных детей в этих семьях значительно увеличивается, если второй родитель страдает либо олигофренией, либо каким-то другим психическим заболеванием.

Вывод. Таким образом, имеется большая группа больных олигофренией, у которых интеллектуальный дефект не очень грубо выражен, чаще всего это легкие степени дебильности, наследственную обусловленность которой подчеркивают многие авторы.

Выделяя этот особый вид слабоумия, исследователи называют его «идиопатическим», «эссенциальным», «генотипическим».

ИЗУЧЕНИЕ НУТРИЕНТНОГО СОСТАВА МОЛОКА ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ

Джураева Х.З., Фарманкулова Ё.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Содержание пищевых ингредиентов (белков, жиров, углеводов) в грудном молоке (ГМ) зависит от многих факторов: состояния здоровья матери, возраста, паритета родов, периодов лактации и т.д. При некоторых патологических состояниях (анемиях) отмечаются сдвиги в нутриентном составе ГМ. Последние в свою очередь отрицательно влияют на рост и развитие их детей.

Целью данной работы явилось изучение содержания пищевых ингредиентов и их калорийной ценности в ГМ женщин, больных анемией различной степени.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 241 кормящих матерей, страдающих анемией, и показатели 30 здоровых женщин составили контрольную группу.

Прежде чем изучить потребление основных пищевых ингредиентов детьми с гипотрофией, родившихся от больных женщин с анемией, мы проанализировали таковые у здоровых детей ($n = 114$), соответственно у 46 девочек и 68 мальчиков. Исследования показали, что здоровые дети в целом за счет грудного молока в день употребляют $11,6 \pm 0,8$ г белка, $32,5 \pm 0,172$ г жира и $72,9 \pm 0,21$ г углеводов. Соотношение этих нутриентов в составе грудного молока здоровых женщин составило 1: 2,8 : 6,28.

Калорийная ценность потребленных детьми белков в день составила $7,6 \pm 0,3$ ккал, жиров – $302,3 \pm 0,85$ ккал, углеводов – $298,9 \pm 0,62$ ккал.

Полученные результаты показали, что у женщин больных анемией I степени статистических различий в содержании нутриентов в ГМ не обнаруживалось ($P > 0,05$) и лишь отмечено небольшое увеличение потребления углеводов их детьми ($10,8$ г/л против $10,0$ г/кг) у здоровых ($P > 0,05$), но энергетическая стоимость молока существенно снижалась ($P < 0,05$). У больных женщин с II и III степенями анемии в составе ГМ отмечалось уменьшение содержания белка ($P < 0,05-0,001$), жиров ($P < 0,05-0,001$) и углеводов ($P < 0,05-0,01$). При этом основная «потеря» энергетической ценности молока происходила больше ($P < 0,001$) за счет белков ($15,7\%$ и $30,9\%$, ($P < 0,01$) и жиров ($8,0\%$, $22,5\%$, $P < 0,01$), чем за счет углеводов ($4,5\%$, $5,42\%$, ($P < 0,05$), соответственно при II и III степенях тяжести анемии. При этом по мере усугубления тяжести анемии, калорийная ценность белков и жиров уменьшается, калорийная стоимость углеводов существенно увеличивается ($P < 0,01$; $P < 0,01$ и $P < 0,05$).

При II степени тяжести анемии у кормящих матерей их детьми потребляется меньшее количество белков ($1,5$ г/кг, $P < 0,01$), жиров ($4,4$ г/кг, $P < 0,01$) и калорий ($89,3$ ккал/кг, $P < 0,05$). У женщин с III степенью анемии выявлено существенно низкое потребление их детьми белков ($1,1$ г/кг, $P < 0,01$), жиров ($3,31$ г/кг, $P < 0,01$), углеводов ($9,8$ г/кг, $P < 0,05$) и энергии ($72,5$ ккал/кг, $P < 0,05$).

Таким образом, прослеживается тесная связь между нутриентным составом и калорийной ценностью пищевых ингредиентов ГМ и степени анемии у кормящих матерей, знание которых позволяет врачам-педиатрам предупредить различные патологические состояния, в том числе гипотрофии у их детей.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАНИФЕСТНОГО ПРИСТУПА ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

*Долимова М.А., Аграновский М.Л., Гуломкодиров М.М.
Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан*

Цель исследования: изучить клиническую картину манифестного приступа при рекуррентной шизофрении

Материалы и методы исследования. Было проведено клинико - эпидемиологическое, анамнестическое, клинико-катамнестическое и клинико - психопатологическое обследование больных РШ с длительностью заболевания свыше 15 лет. Были изучены 188 больных РШ (основная группа): муж – 86 (45,7%), жен – 102 (54,3%), в возрасте от 30 до 83 лет, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере. В качестве контрольной группы нами были обследованы 40 больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией (ППШ) – репрезентативной по полу и возрасту: муж – 22 (55%), жен – 18 (45%).

Результаты исследования: В результате эпидемиологического исследования больных приступообразной шизофренией установлено, что риск возникновения повторных приступов и дальнейшего течения заболевания с непродолжительными ремиссиями выше в случаях, где первый манифестный приступ имеет сложную структуру, отличается большим разнообразием, изменчивостью и динамизмом клинических проявлений, характерных для приступов РШ. Статистически достоверные различия обнаружены между показателями распределения больных РШ с различными психопатологическими особенностями манифестных приступов. По нашим данным наиболее часто клиническая картина манифестных приступов была депрессивной при обоих типах течения шизофрении. Следует отметить значительное преобладание благоприятных в плане клинического депрессивных (включая атипичные) приступов

среди всех манифестных при обоих типах течения шизофрении (соотв.: 52,2% и 40,1%, $p > 0,05$). Маниакальных (включая атипичные, сдвоенные аффективные) приступов в дебюте заболевания было сравнительно немного, причем при РШ они встречались несколько чаще, но различия статистически не достоверны.

При анализе зависимости между динамикой уровней темпа прогрессивности и клиническими особенностями манифестного приступа обнаружено, что онейроидные (включая кататонические) приступы преобладали при I темпе прогрессивности в основной группе у больных РШ по сравнению с контрольной группой при ППШ (соотв.: 24,7% и 12,4%, $p < 0,05$), но различия статистически не достоверны. Онейроидные (включая кататонические) приступы преобладали у больных РШ при III темпе прогрессивности (соотв.: 26,6% и 19,5%, $p < 0,05$), а галлюцинаторные (включая синдром Кандинского-Клерамбо) приступы – у больных ППШ при всех уровнях темпа прогрессивности (соотв.: 24,6%, 16,6% и 25,8%, $p < 0,001$).

Психопатологические особенности манифестного приступа имеют большее значение для определения клинического прогноза и являются мало информативным для определения темпа прогрессивности больных ПШ.

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Долимова М.А., Аграновский М.Л., Гуломкодиров М.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на благоприятное в целом течение рекуррентной шизофрении и при этой форме заболевания имеется значительное число социально дезадаптированных снизивших квалификацию и инвалидизированных больных.

Цель исследования. Разработка достоверно значимых критериев социально-трудовой адаптации больных рекуррентной шизофренией на отдаленных этапах заболевания.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 188 больных рекуррентной шизофренией (РШ), в возрасте от 30 до 83 лет, состоящих на учете в Андижанском областном психоневрологическом диспансере. В качестве контрольной группы нами были обследованы 40 больных приступообразно-прогрессивной шизофренией (ППШ). При квалификации социально-трудовой адаптации изученных больных были использованы разработанные нами критерии: I уровень - социально-трудовая адаптация (СТА) на прежнем уровне (как до болезни), II уровень - снижение социальной адаптации при сохранности профессиональной, III уровень – снижение социальной и профессиональной адаптации.

Результаты исследования. При сравнительном анализе показателей распределения изученных больных по показателям семейного положения выявлено, что количество больных, состоящих в браке, оказалось значительно больше при РШ, чем при ППШ (соотв.: 81,9% и 48,2%, $p < 0,001$). Особенно четко это различие наблюдалось при I уровне (благоприятном) СТА (соотв.: 51,7% и 8,0%, $p < 0,001$).

Число холостых (не замужних) больных, наоборот, превалировало при ППШ (соотв.: 1,3% и 12,4%, $p < 0,05$). Особенно при III уровне (неблагоприятном) СТА среди больных ППШ выявлено преобладание лиц, никогда не вступавших в брак (соотв.: 0% и 10,2%, $p < 0,05$). При этой же форме шизофрении было и большим количество больных, находящихся на момент обследования в разводе и вдовых (соотв.: 9,4% и 21,2%, $p < 0,05$ 7,4% и 18,2%).

Анализ этих же показателей в зависимости от динамики уровней СТА показал, что число больных, состоящих в браке при РШ, уменьшается по мере снижения уровня СТА (соотв.: 51,7%, 23,5% и 6,7%, $p < 0,001$). Обратная зависимость обнаружена при анализе больных, не состоящих в браке при ППШ, - их число, наоборот, увеличивается по мере повышения уровня СТА (соотв.: 0,7%, 1,5% и 10,2%, $p < 0,05$).

Выводы: Наличие своей семьи является благоприятным критерием СТА.

СТРАНГУЛЯЦИОН АСФИКСИЯ ТУФАЙЛИ ЮЗ БЕРГАН ЁЛИМНИНГ ЭРТА ПОСТМОРТАЛ ДАВРИДА БОШ МИЯ НЕРВ ТУЗИЛМАЛАРИДАГИ СТРУКТУРАВИЙ ЁЗГАРИШЛАРИ

Жуманов З.Э.

Самарканд давлат тиббиёт университети

Мавзунинг долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, эркаклар орасида ўз жонига қасд қилиш ҳолатлари зўравонлик оқибатида ташкил этилган ўлим ҳолатларининг 50% ни, аёлларда эса 71% ни ташкил қилади. Ёз жонига қасд қилишни амалга оширишда етакчи ўринни осилиш (65—85 %) эгаллайди. Механик асфиксия ушбу гуруҳ орасида частота бўйича етакчи ўринни эгаллайди, барча зўраки ўлимнинг 28-30% га тўғри келади. Механик асфиксиянинг 62-64% ни осилиш ташкил этади. Бу ҳолат бугунги кунда долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: странгуляцион асфиксия туфайли юз берган ўлим эрта постмортал даврида бош мия нерв тузилмаларидаги структуравий ўзгаришларини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Странгуляцион асфиксиядан вафот этган вафот этган 61 нафар шахслар жасадлари текширилди. Вафот этганлар ёши 20 дан 59 ёшгача, улардан 41 нафари эркак, 20 нафари аёл. Махсус гистологик текшируви учун материал бош миянинг куйидаги қисмларидан олинди: пўстлоқ ва унинг остига туташган оқ модда. Олинган тўқима бўл.акчалари 10% нейтрал формалинда фиксация қилинди, спиртли батарея орқали ўтказилди, парафинли блоклар тайёрланди. Тайёрланган гистологик қирқмалар гематоксилин ва эозин, Ниссл ва Маллори усули билан бўялди. Бош мия нейронлари ва томирларининг улуши Г.Г. Автандиловнинг нуқтали тури билан ўлчанди. Маълумотларни математик қайта ишлаш учун ўртача арифметик M , нисбий қийматларнинг хатоси m ва фарқнинг ишқилилик коэффициентини t ни аниқлаш учун Стъюдент усули қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Пневмопатиянинг ателектатик шакли туфайли вафот этган янги туғилган чақалоқлар бош мияси макроскопик текширувдан ўтказилганда юмшоқ пардасининг тўлақонлиги ва тарқоқ қон қуйилиш ўчоқлари ҳамда шишинганлиги аниқланади. Микроскопик текширув ўтказилганда, бош мия ярим шарлари пўстлоқ қисми нейронларда ишемик типдаги ўзгаришлар аниқланади. Ядроси четга сурилган ва пикнотик ўзгаришлар кўзга ташланади. Цитоплазмаси интенсив бўялади ва айрим жойларида ёруғлашган жойлар мавжуд бўлиб, бу гидропик вакуолизациядан дарак беради. Бош мия пўстлоқ қисми нейронлари атрофида глиал хужайралар реакцияси яъни уларнинг сонинг ортиши ва нейронларга яқинлашиши-сателитоз ҳолати кузатилади. Айрим ҳолатларда уларнинг перицеллюляр бўшлиққа кириб бориши аниқланади. Нейронларнинг ўсиқлари калталашган ва йўғонлашган. Перицеллюляр бўшлиқ анча кенгайганлиги ва нейропилнинг кескин ёруғлашганлиги аниқланади. Нейрон ва перицеллюляр бўшлиқлар эгаллаган майдоннинг морфометрик кўрсаткичлари куйидагича: нейрон эгаллаган майдонинг ўртача ўлчами $1,12 \pm 0,09$ га тенг бўлса, перицеллюляр бўшлиқ ўлчами ўртача $2,8 \pm 0,23$ га тенг. Странгуляцион асфиксиядан вафот этган шахслар бош мияси пўстлоқ қаватида нейрон эгаллаган

майдон 29 % ни ва перицеллюлялар бўшлиқ эгаллагн майдон эса, 71 % ни ташкил этади.

Хулоса. Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, странгуляцион асфиксия туфайли вафот этган шахслар бош мияси, ярим шарлар пўстлоғидаги нейронларида ишемик типдаги структуравий ўзгаришлар аниқланади. Бундай ўзгаришлар динамикасини ўрганиш ўлим вақтини аниқлашда муўим аҳамият касб этади.

ТУҒМА ИХТИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ МУГУЗ ҚАВАТИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Жуманов З.Э., Абдуллаев С.Д.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Мавзунинг долзарблиги. Дерматологик касалликларнинг умумий структурасида туғма ихтиознинг нисбатан юқори даражаси, унинг давомийлиги, даволашдаги қийинчиликлар ва унинг самарадорлигининг пастлиги шифокорлик амалиётида ва педиатрлар олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Бугунги кунга қадар туғма ихтиоз касаллигини даволаш юзасидан ягона келишув мавжуд эмас, стероид гармонларни қўллаш бўйича эса, қарама-қаршиликлар мавжуд. Ихтиоз касаллиги соғлиқни сақлашнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу ҳолат эса ихтиоз касаллигини ўрганиш ва эпидемиологик тарқалишини баҳолаш ва узоқ муддатли даволаш натижаларини тайинлаш эҳтиёжини келтириб чиқаради.

Тадқиқот мақсади: Туғма ихтиоз касаллигида тери мугуз моддасининг ўзгаришларининг динамикасини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Туғма ихтиоз билан туғилган 1 ёшдан 28 ёшгача бўлган 82 нафар беморларнинг терисидан биоптатлар олинди, олинган материалларини гемотоксиллин эозин, Вейгерт ва Вон-гизон усулларида бўялди. Мугуз қават ўлчамлари Г.Г. Автандилов бўйича морфометрик кўрсаткичлари аниқланди. Маълумотларни математик қайта ишлаш учун ўртача арифметик M , нисбий қийматларнинг хатоси m ва фарқнинг ишочилик коэффиценти t ни аниқлаш учун Стьюдент усули қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Бир ёшли беморлар териси эпидермисининг тикансимон хужайрлар қавати яхши ривожланган соҳаларидаги мугуз қаватнинг қалинлиги ўртача $1,1 \pm 0,07$ мкмни ташкил этади. Икки ёшли беморларда эса бу кўрсаткич ўртача $1,6 \pm 0,12$ мкм га тенг. Уч ёшли беморлардаги натижа $0,9 \pm 0,16$ мкм ни ташкил этса, беш ёшда $2,6 \pm 0,02$ мкм, 6 ёшдаги беморлардан олинган биоптатларда эса, $2,0 \pm 0,01$ мкм, тетти ёшлиларда ўртача $1,6 \pm 0,17$ мкм, 10 ёшлиларда $7,12 \pm 0,19$ мкм, 11 ёшда эса $1,4 \pm 0,11$ мкм, 23 ёшдагиларда $0,7 \pm 0,22$ мкм, 28 ёшлиларда $1,9 \pm 0,27$ мкм ни ташкил этади. Бемор терисининг тикансимон хужайралар қавати яхши ривожланмаган соҳалардаги мугуз қаватнинг кўрсаткичлари қуйидагича: $0,4 \pm 0,07$ мкмни ташкил этади. Икки ёшли беморларда эса бу кўрсаткич ўртача $0,7 \pm 0,12$ мкм га тенг. Уч ёшли беморлардаги натижа $1,0 \pm 0,16$ мкм ни ташкил этса, беш ёшда $0,6 \pm 0,02$ мкм, 6 ёшдаги беморлардан олинган биоптатларда эса, $0,6 \pm 0,01$ мкм, етти ёшлиларда ўртача $0,7 \pm 0,17$ мкм, 10 ёшлиларда $1,1 \pm 0,19$ мкм, 11 ёшда эса $0,8 \pm 0,11$ мкм, 23 ёшдагиларда $1,2 \pm 0,22$ мкм, 28 ёшлиларда $0,8 \pm 0,27$ мкм ни ташкил этади.

Хулоса. Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, туғма ихтиоз касаллигида терининг эпидермисида мугуз қаватининг ҳосил бўлиши турли ёшларда маълум хусусиятлар касб этади. Бу эса, тикансимон хужайралар ва донатор қаватининг қанчалик даржада ривожланганлигига боғлиқ. Мазкур қаватлар яхши ривожланган

соҳаларда мугуз қаватининг қалинлиги, яхши ривожланмаган соҳаларда эса, мугуз қаватининг сезиларни даражада юпқалиги аниқланади.

ОБ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРОБЛЕМАХ ВНЕДРЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СЛУЖБЕ ПРОФИЛАКТИКИ СПИД АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Зайнигабдинова М.Х., Ганиев Б.К., Кораев Б.Б., Абдукодиров Ш.Т., Джурсаев М.Г., Бутабаев Ё.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Дальнейшее развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Республики Узбекистан, рост числа инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии, требуют более широкое внедрение в лабораторную практику методов молекулярной диагностики как для решения эпидемиологических задач, так и для контроля эффективности лечения и его оптимизации.

Широкое внедрение методов молекулярной диагностики в лабораториях больниц, региональных центрах по профилактике и борьбе со СПИД приближает этот вид диагностики к пациенту, но, одновременно, децентрализация молекулярных исследований порождает ряд серьёзных проблем, решение которых требует системного подхода, принятия общегосударственных решений и соответствующего финансирования.

На сегодняшний день, основное количество исследований проводится в крупных национальных и региональных центрах (профильных медицинских учреждениях, НИИ) и подготовлено достаточное количество специалистов.

Однако, и это не снимет сегодня такие проблемы, как проблему правильного забора материала, доставки его с соблюдением температурного режима. Ведущие специалисты ещё раз могут рассмотреть и оценить возможности использования метода «сухой капли» и на сегодняшний день становится необходимым сосредоточить внимание на разработке и внедрении «экспресс-биодоставки».

В настоящее время в молекулярной диагностике представляет производители разрабатывают свою продукцию для определённых платформ тестирования, эта практика применялась и в других видах лабораторной диагностики. Необходимо, чтобы больше тест-систем и реагентов были приспособлены для универсального использования при работе на оборудовании различных фирм.

Методы ДНК-диагностики не являются дешевыми, но их стоимость не выше других инновационных исследований, однако малейшее несоблюдение технологического процесса на любом этапе может дискредитировать методы как таковые. Это накладывает особые требования на лаборатории НИИ для проведения внешнего контроля качества работы, а также постоянного внутрिलाбораторного контроля в лабораториях профильных ЛПУ. Наиважнейшие экономические соображения для системы здравоохранения во всём мире подразумевают гарантию того, что пациент и государство фактически извлекут выгоду от применения дорогостоящей терапии на основе молекулярных методов диагностики.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ COVID – 19 В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА
ТАШКЕНТА. УЗБЕКИСТАН

Захидова М.У.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при
МЗ РУз*

Актуальность. Данные мировой статистики на период от начала эпидемии с февраля месяца 2020 года и до 26 ноября 2020 года общее количество зараженных Covid – 19 людей в мире составило 55 403 595 случаев, количество смертельных исходов - 1 259 820 (2.6%) и количество выздоровевших 41 928 273 (75.5%). Одним из важных характеристик Covid – 19 является зависимость между степенью тяжести клиника заболевания и длительностью периода заразности. Из статистики клинических форм многих стран бессимптомное течение наблюдается у 30% больных, легкое течение заболевания наблюдалось у 55% больных, клиника тяжести средней степени наблюдалось у 10% больных, а частота заболевания тяжелым или крайне тяжелым течением наблюдалась в 5% случаев. Смертность имела прямую зависимость с длительностью заразности, т.е. период заразности при бессимптомном и легком течении были короткими – от 5 до 10 дней, а при тяжелом и среднетяжелом течении заразность была длительной до 20-25 дней. Смертность при среднетяжелом течении болезни составил до 15%, а при тяжелом течении до 50%.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ деятельности семейной поликлиники № 48 г. Ташкента. За период с **марта по октябрь** месяц 2020 года в поликлинике число заболевших составило 506 человек взрослых, тогда как общее количество контактных составило 3 057 человек, из них в последующем заболели 116 (38%). Подозреваемых на инфекцию и взятых под наблюдение было 1 976 (64,6%). Клинические проявления у больных были - повышение температуры тела - из 506 больных у 388 (76,6%) выше 38 градусов, сухой кашель, заложенность в груди с трудным отхождением мокроты наблюдались у 65, 6% (332 случая), самым ведущим проявлением были одышка, с переходом в синдром удушья у 83,5% (423 случая). После проведения лечебных мероприятий оба симптома длительно сохранялись: кашель у 25% больных, а одышка у 21% больных. Более специфичным проявлением Covid-19 были потеря обоняния (65,2%), и потеря вкуса (25,2%). Общее недомогание, адинамия, миалгия, а также явления конъюнктивита и заложенность носа отметили от 15% до 25% пациентов. Количество детей в возрасте до 16 лет по данным возрастной сетки составляет 7 785. За период с марта по октябрь 2020 года у 1668 (21,4%) детей наблюдались и были выявлены симптомы Covid-19, причем 15 (0,2%) детей составили дети до 1 года, до 5 лет у 140 (1,8%) детей, до 12 лет 277(3,5%) случаев, до 17 лет – 216 (2,8%). Госпитализировано с диагнозом пневмония 5 детей, остальные лечились и наблюдались на дому. Смертельных случаев среди детей не наблюдалось. Количество беременных взятых на учет в 2020 году составило 246 беременных. Из них у 29 (11,0 %) беременных диагностирован Covid-19. Все заболевшие вовремя были изолированы и госпитализированы в предназначенный для беременных городской перинатальный центр. Лечебные мероприятия с учетом патогенеза Covid-19 были рекомендованы на основе разработанных КР 7 версии. Для больных с бессимптомным и легким течением были рекомендованы препараты для укрепления иммунной системы, а также коррекция нутриентов и микроэлементов. Результаты лабораторных исследований до лечения у больных поликлиники выявили явления лейкопении у 223 больных (44%), повышение СОЭ у 21% случаев, лейкоцитоз отмечен в 17,3%, тромбоцитоз в 403 случаев (79,6%), тромбоцитопения в 20, 3%, С реактивный белок положителен у 188 больных, что составило 37, 1% случаев. ПЦР исследование на наличие вируса были проведены у всех больных, ИФА исследование проведены у 307 больных (60,6%). Исследования

показали степень образования иммуноглобулинов М и G, т.е. период острого воспаления активной репликации вируса (М) и период формирования защитных антител. Как видно у наших пациентов у 60,6% был период острой репликации, а после проведенного лечения у 100% пациентов сформировался постоянный иммунитет. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы показали: снижение фракции выброса у 30,8% больных, после лечения эти изменения уменьшились у половины больных. Случаев миокардита и кардиомиопатии были в 6.3% и 3.35% случаев соответственно. У больных на электрокардиографии изменения с подъемом ST было отмечено у 33 (6.5%) случаев, удлинение интервала QT наблюдалось у 103 (20.3%) пациентов, после проведенных методов лечения и наблюдения они сохранялись у 3 пациентов. Признаки цереброваскулита наблюдались у 48 (8.5%) пациентов, почти у всех больных были явления депрессии 1 и 2 степени, которые невилировались после проведенной терапии и сохранялись в течение 2-4 недель. Специфические тесты ПЦР и ИФА проведены у 128 (25.2%) и 307 (60.6%) пациентов соответственно, надо отметить, что иммуноглобулины М, зарегистрированы у всех больных «положительно», так как исследования были проведены на 4-5 день болезни, и держались длительно в зависимости от степени тяжести болезни. Контрольные исследования иммуноглобулинов были проведены у 30% больных через месяц после лечения.

Выводы: 1. Увеличение количества больных с бессимптомным течением, способствовало увеличению количества зараженных. 2. Соблюдение карантина с полным охватом населения было недостаточным и это способствовало увеличению количества больных. 3. Деятельность в период разгара инфекции Колл-центров и организация мобильных бригад способствовали оказанию своевременной помощи больным на дому и госпитализации в провизорные центры и стационары в 50-70% случаев, в 15% случаев наблюдались случаи неправильного подхода к лечению (прием и назначены в домашних условиях антибиотиков, гепарина). 3. Все больные были взяты на диспансерный учет в течение 6 месяцев, под наблюдение для профилактики возможных ковидных осложнений, особенно тромбозов сосудов мозга, сердца, варикозно расширенных вен нижних конечностей. 4. Рекомендации по предупреждению ранних и отдаленных осложнений путем регулярных профилактических осмотров (каждые 3 месяца), особенно в группе риска, сократит случаи смертельных исходов.

СЫВОРОТОЧНЫЙ СУРФАКТАНТНЫЙ ПРОТЕИНА SP-A ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ БИОМАРКЕР ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Ибадова О.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Неспецифическая интерстициальная пневмония (НсИП)—второй по частоте вариант интерстициальных пневмоний после идиопатического легочного фиброза (ИЛФ), встречающийся в 14–35% случаев биопсий при идиопатической интерстициальной пневмонии (ИИП). НсИП может выступать как самостоятельное заболевание неизвестной природы, но чаще бывает проявлением системных заболеваний соединительной ткани, лекарственных поражений легких или следствием диффузного альвеолярного повреждения, например после перенесенных тяжелых форм гриппа. НсИП может возникать в любом возрасте, но большинство случаев приходится на вторую половину жизни, причем среди заболевших преобладают женщины (2/3) и никогда не курившие лица (70%). В настоящее время проблема прогнозирования развития и исходов НсИП остается нерешенной. Проблема

данного заболевания связана с поздней диагностикой и достаточно высокой летальностью. Сурфактантный протеин А (SP-A) является одним из важнейших активаторов альвеолярных макрофагов. Имеются отдельные исследования на небольших выборках больных и с противоречивыми результатами относительно информативности SP-A в диагностике и прогнозировании исходов НсИП.

Цель исследования: Оценить информативность содержания SP-A в плазме крови в качестве прогностического биомаркера развития и исхода НсИП

Материал и методы исследования: Проведено ретроспективное когортное исследование 87 больных в возрасте от 18 до 70 лет с диагнозом ИИП (НсИП). В зависимости этиологической причины: тяжелое альвеолярное повреждение (перенесенная вирусная инфекция), лекарственно индуцированные и на фоне коллагенозов выделено 3 группы: в первую группу вошло 57 больных, во вторую - 11 больных, третью группу составили 19 больных с НсИП соответственно. Категории пациентов: 1-группа: тяжелое альвеолярное поражение (перенесенная вирусная инфекция) $n=57$ (мужчины: $n=14$, возраст $48(\pm 3,7)$ лет, женщины: $n=43$, возраст $54(\pm 4,8)$ года), 2-группа: лекарственно-индуцированные $n=11$ (мужчины: $n=5$, возраст $64(\pm 1,3)$ года, женщины: $n=6$, возраст $57(\pm 2,4)$ лет), 3-группа: коллагенозы $n=19$ (мужчины: $n=8$, возраст $42(\pm 7,8)$ года, женщины: $n=11$, возраст $38(\pm 3,9)$ лет). Критериями включения больных был клинически, иммунологически и рентгенологически верифицированный диагноз ИИП (НсИП). Для исследования содержания SP-A производился забор 8,0 мл венозной крови в стандартные пробирки с этилендиамин_тетраацетатом, при включении в исследование, на 3-5е сутки пребывания в стационаре. Кровь центрифугировали в течение 10 минут со скоростью 2000 оборотов/мин. Плазму крови в количестве 3,0—4,0 мл. отделяли и замораживали в отдельных пробирках без консерванта при температуре -20°C .

Результаты исследования: По результатам анализа основных клинико-лабораторных признаков достоверных различий между группами выявлено не было. Медиана SP-A в плазме здоровых доноров составила 11,2 нг/мл (25—75 IQR 7,2—15,0 нг/мл). Содержание SP-A в плазме здоровых доноров отражает, вероятно, физиологический процесс проникновения данного вещества в кровь через аэрогематический барьер. Диагностическая значимость содержания SP-A в плазме крови у больных НсИП в течение всех суток исследования выше, чем у пациентов без НсИП в контрольной группе (3 сут. 31,5, 25—75 IQR 20,9—31,5 vs. 24,6, 25—75 IQR 19,7—24,6; 5 сут. 32,5, 25—75 IQR 17,3—66,4 vs. 22,5, 25—75 IQR 13,4—29,5 $p<0,05$), и выше, чем у здоровых доноров в контрольной группе. Содержание SP-A у больных с НсИП было выше, чем у здоровых доноров. Не было выявлено достоверных различий по содержанию SP-A в плазме крови между стадиями (3 сут. 35,4, 25—75 IQR 23,5—58,3 vs. 30,5, 25—75 IQR 18,6—69,3; 5 сут. 32,4, 25—75 IQR 14,3—65,3 vs. 32,6, 25—75 IQR 20,3—72,4 $p<0,05$). Повышение содержания SP-A в плазме больных НсИП связано, вероятно, с повышением его синтеза и с повреждением структур аэрогематического барьера. Но, в отличие от сурфактантного протеина D, содержание сурфактантного протеина А в плазме крови не коррелирует с индексом оксигенации. Проведенный анализ показал чувствительность и специфичность содержания SP-A в плазме крови в качестве диагностического биомаркера НсИП соответственно КТ стадий. Таким образом, по результатам проведенного исследования, SP-A в плазме крови может использоваться в качестве диагностического маркера НсИП или его стадий. У больных НсИП были выявлены средние положительные корреляции между содержанием SP-A в плазме в 3-5е сут. ($r +0,51$, $+0,40$ соответственно, $p<0,05$). Таким образом, содержание SP-A в плазме крови отражает тяжесть состояния больных, но требуются дальнейшие исследования в этом направлении для получения более достоверных результатов. Прогностическая значимость SP-A в плазме крови умерших больных НсИП было в течение всех суток исследования достоверно выше, чем у выживших больных НсИП (3

сут. 25,5, 25—75 IQR 11,8—35,5 vs. 45,0, 25—75 IQR 29,6—68,4; 5 сут. 24,5, 25—75 IQR 11,4—33,6 vs. 49,6, 25—75 IQR 31,3—79,0, $p < 0,05$). Были выявлены достоверно большие нарушения оксигенации и большая выраженность некардиогенного отека легких на 3-5-е сутки у умерших больных НсИП. Проведенный анализ показал, что содержание SP-A в первые сутки исследования (т.е. в день диагностики у больных гнойно-септических осложнений) - 38,8 нг/мл обладает чувствительностью 65,0% и специфичностью 80,0% в отношении прогнозирования летального исхода у больных НсИП. Прогностическая ценность положительного результата данного теста составила 76,5%, отрицательного результата — 69,6%. Участием SP-A в иммунологических и воспалительных процессах в легких и вне данного органа можно объяснить связь динамики его содержания в плазме и исходов лечения. Был проведен дополнительный анализ прогностической значимости содержания SP-A в плазме крови. Содержание SP-A в плазме крови в первые сутки исследования было выше у больных, у которых в последующем развились осложнения. Проведенный анализ показал, что содержание SP-A в первые сутки исследования 24,7 нг/мл обладает чувствительностью 71,0% и специфичностью 82,7% в отношении прогнозирования развития НсИП на 3-5-е сутки госпитализации в отделение пульмонологии и интенсивной терапии. Прогнозирование развития летального исхода при НсИП, а также прогнозирование прогрессирования НсИП принципиально важно, поскольку дает возможность персонализации лечения НсИП в зависимости от КТ-стадии: использование кортикостероидов, N_ацетилцистеина, препаратов сурфактантов, ограничение инфузий и трансфузий, использование экстракорпоральных методов детоксикации. Это, вероятно, позволит улучшить исходы лечения больных. Требуется продолжение исследований в данном направлении на большей выборке больных.

Выводы: Содержание SP-A в плазме больных НсИП было выше у лиц в первые сутки госпитализации при преобладании интерстициального воспаления, чем у больных с преобладанием фиброзных изменений. Содержание SP-A в 3-5е сутки исследования 24,7 нг/мл обладает чувствительностью 71,0% и специфичностью 82,7%. Содержание SP-A 38,8 нг/мл обладает чувствительностью 65,0% и специфичностью 80,0%. Содержание SP-A 24,7 нг/мл в день диагностики тяжелого течения НсИП является чувствительным и специфичным прогностическим биомаркером на 3-5е сут. пребывания больного в стационаре. Содержание SP-A в плазме крови в первые сутки 38,8 нг/мл — чувствительным и специфичным прогностическим биомаркером летального исхода при НсИП.

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ IL-6 ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19

Ибадуллаева Н.С., Мусабоев Э.И., Хикматуллаева А.С., Турабова Н.Р.

Научно-исследовательский институт Вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Клиническое течение COVID-19 варьируется от бессимптомного до тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания. У лиц с наличием факторов риска, включая, хронические легочные, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение и другие сопутствующие болезни может развиваться тяжелая клиническая форма. Возникновение чрезмерной воспалительной реакции при COVID-19 оказывает влияние на тяжесть заболевания и смертность у инфицированных пациентов с SARS-CoV-2. Цитокины играют важную роль в регуляции иммунологических и воспалительных реакций. Цитокиновый шторм, вызванный инфекцией COVID-19, характеризуется активной воспалительной реакцией с участием большого количества

провоспалительных цитокинов, таких как IL-6, IL-1, ФНО и интерферонов. IL-6 является ключевым фактором воспаления, связанного с инфекцией COVID-19 и его высокие уровни в сыворотке крови в значительной степени связаны с тяжестью и неблагоприятными исходами данного заболевания.

Цель исследования. Изучить значимость IL-6 в качестве биомаркера тяжести течения COVID-19.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 71 больной COVID-19 госпитализированные в клинику НИИ Вирусологии. Положительный результат РНК на SARS-CoV-2 был подтвержден методом ПЦР. Из 71 больного тяжелое течение отмечалось у 41 человека, среднетяжелое течение – 30 человек. Уровень экспрессии IL6 измеряли с использованием набора IL-6 (CLIA) производства Shenzhen New Industries Biomedical Engineering Co., Ltd., (КНР) на автоматическом иммуноанализаторе MAGLUMI 800 Snibe Co., Ltd., согласно инструкции производителя.

Результаты исследования. Возраст больных COVID-19 со средней степенью тяжести составил $46,8 \pm 3,4$ лет, с тяжелым/крайне тяжелым течением – $63,1 \pm 1,9$ лет ($p=0,0001$). У больных со средней степенью тяжести чаще встречались такие сопутствующие заболевания, как анемия – 33,3%, гипертоническая болезнь – 33,3% и ишемическая болезнь сердца в 16,7% случаев. Установлено, что у больных с тяжелым/крайне тяжелым течением наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были гипертоническая болезнь, которая встречалась в 90,2% случаев, ишемическая болезнь сердца – 65,9% и сахарный диабет – 36,7% случаев. При тяжелом/крайне тяжелом течении отмечались осложнения заболевания, такие как дыхательная недостаточность в 63,4% и ОРДС в 43,9% случаях. Результаты исследования показали, что значение IL-6 было значительно выше в группе больных с тяжелым/крайне тяжелым течением, по сравнению с больными со средней степенью тяжести, что составило $26,4 \pm 4,5$ пг/мл и $9,9 \pm 1,2$ пг/мл соответственно ($p=0,001$). При сравнительном анализе экспрессии IL-6 среди больных с ОРДС и без ОРДС данный показатель был выше в группе больных с ОРДС ($p=0,02$).

Выводы. Больные пожилого возраста, с сопутствующими заболеваниями и с высоким уровнем IL-6 имели более тяжелую клиническую картину COVID-19. IL-6 является ключевым маркером воспаления и может использоваться для выявления пациентов с COVID-19 с высоким риском тяжелого течения заболевания. Определение уровня IL-6 у больных при поступлении в стационар может использоваться в качестве предиктора прогрессирования заболевания и маркера для мониторинга неблагоприятных исходов COVID-19.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИБОМУНИЛА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Ибатова Ш.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность. Проблема лечения детей с респираторной патологией остается наиболее актуальной в практике врача-педиатра и имеет социальную значимость так как этот контингент оказывает наиболее значительное влияние на формирование общего уровня заболеваемости детского населения. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у детей первых трех лет жизни заболеваемость острыми респираторными инфекциями в 2-2,5 раза выше, чем в возрасте 10 лет и старше. Частые респираторные заболевания у детей связаны со сниженным иммунитетом. С другой стороны, если ребенок часто болеет, это приводит к дальнейшему ослаблению иммунитета.

Цель исследования. Изучить эффективность Рибомунила у детей с острыми респираторными инфекциями.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 52 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет, мальчиков – 31(60%) и девочек -21 (40%). Дети были разделены на 2 группы, у пациентов I группы 28 (54%) отмечались частые острые респираторные инфекции (3-6 раз в год) и они получали Рибомунил на протяжении 6 месяцев, II группу составили 24 пациента (46%), которые получали общепринятые реабилитационные мероприятия на участке. Препарат Рибомунил назначали утром по 3 таблетке 4 дня каждый из 3 –х недель на первом месяце лечения. В последующие 2-6 месяцев лечения в той же суточной дозе в первые 4 дня месяца.

Результаты исследований и их обсуждение. В I группе 4 раза болел 1 ребенок (3,6%), тогда как в группе, где дети не получали Рибомунил 4,5,6 и более болели 21 ребенок (87,5%). Несмотря на то, что у 21,4% детей I группы, острые респираторные инфекции возникали 3 и более раз, родители отмечали, что характер заболеваний изменился: дети легко и быстро переносили заболевания, их состояние не требовало применения антибактериальных препаратов, тогда как дети 2 группы имели более тяжелое течение заболевания и им требовалось применение антимикробных препаратов. Обследованные больные получали симптоматическое лечение (лекарственные препараты, снижающие температуру тела, муколитики и бронхотические средства). До дечения почти каждый ребенок с острой респираторной инфекцией принимал антибактериальный препарат.

У пациентов с обструктивным синдромом отмечались наилучшие клинические результаты, у них снижалась как частота рецидивов, так и тяжесть их проявлений. Терапия Рибомунилом значительно улучшает клинический и иммунологический статус детей с респираторной патологией. В последние годы Рибомунил назначают детям в качестве иммуномодулятора с целью сокращения заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Препарат Рибомунил у детей с острыми респираторными инфекциями способствует обезвреживанию и выведению из организма вирусов, бактерий, препятствует «наслоению» вторичной инфекции и значительно снижает возникновение рецидивов. Данный иммуномодулятор оказывает лечебно-профилактическое действие при респираторной патологии и предупреждает развитие осложнений и рецидивов.

Выводы. Таким образом, дети с острыми респираторными инфекциями принимают Рибомунил 1 раз в сутки утром, что является удобным. Применение Рибомунила существенно снижает частоту острых респираторных инфекций, способствует предупреждению осложнений и рецидивов, оказывая выраженное эффективное влияние на течение острых респираторных заболеваний.

СОСТОЯНИЕ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА

Ибатова Ш. М.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) по распространенности занимают второе место среди эндокринных заболеваний после сахарного диабета. Нарушения секреции гормонов ЩЖ наиболее часто встречаются в условиях дефицита йода в окружающей биосфере, при чрезмерной физической, психической деятельности, патологической беременности, нарушении питания, при хронических инфекционных и неинфекционных заболеваниях. В то же время взаимосвязь между эндокринной и иммунной системами является одним из важных факторов, обеспечивающих

поддержание гомеостаза. Описаны единичные сообщения о нарушениях функциональной активности иммунной системы при йододефицитных заболеваниях ЩЖ.

Цель исследования. Установить обеспеченность организма йодом и функциональное состояние иммунной системы у детей с заболеваниями щитовидной железы, проживающих на территории Самаркандской области, эндемичной по низкому содержанию йода в окружающей среде

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 43 ребенка обоего пола с заболеваниями ЩЖ в возрасте от 7 до 14 лет. Обследованные больные были распределены на 2 группы: I-я группа состояла из 33 детей с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) II-III степени, II-я группа – 10 детей с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ) III-IV степени.

Было проведено исследование утренней мочи у 29 детей с АИТ и у 10 детей с ДНЗ. Определение неорганического йода в моче проводили интритно-роданитным методом (Юлаев М. Ф., 1998). Исследование иммунного статуса включало: определение Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования (Е-РОК) и В-лимфоцитов (ЕАК-РОК), количественное определение иммуноглобулинов классов А, М, G – методом радиальной иммунодиффузии по Манчини (1985).

Результаты исследований. Согласно полученным результатам исследования, средний возраст обследованных больных детей, входящих в 1-ую группу равнялся $10,5 \pm 0,9$ годам, средний показатель их веса – $32,1 \pm 4,7$ кг, а средний показатель роста – $130,9 \pm 7,1$ см. Средний возраст детей из 2-ой группы с ДНЗ составил $11,0 \pm 0,7$ годам, средний показатель их веса – $34,4 \pm 4,3$ кг, а роста – $141,5 \pm 5,1$ см. Согласно стандартам весо-ростовых показателей они относились к области «средних величин». Основными симптомами АИТ у наблюдаемой нами группы детей явились симптомы гипотиреоза. В гемограмме отмечались признаки нормохромной анемии I-II степени. У больных движения были замедлены, отмечалась вялость, апатия, сонливость, снижение памяти. При пальпаторном исследовании ЩЖ у детей данной группы выявлялось увеличение ЩЖ II-III степени. Консистенция ЩЖ была мягкоэластичной у 20 детей, плотноэластичной у 13 детей, а при УЗИ отмечалось равномерное гомогенное увеличение ЩЖ.

При осмотре детей с ДНЗ было выявлено увеличение ЩЖ без нарушения ее функции. При пальпаторном исследовании ЩЖ у 9 детей данной группы выявлено ее увеличение до III степени, а у 1 ребенка – V степени. Мягкоэластичная консистенция ЩЖ отмечена у 7 детей, плотноэластичная – у 3 детей. При УЗИ выявлено гомогенное увеличение ЩЖ. Как показали результаты исследований, уровень неорганического йода в утренней моче был снижен. Так, у детей с ДНЗ, его содержание составило 5,6-7,9 мкг на 100 мл, что соответствовало легкой степени недостаточности экскреции йода с мочой, а у детей с АИТ отмечалась более выраженная недостаточность. Содержание йода в утренней порции их мочи составило 4,1-5,5 мкг на 100 мл.

Изучение состава клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с АИТ показало снижение относительного и абсолютного количественного содержания Т- и В- лимфоцитов. Система гуморального звена иммунитета характеризовалась низким уровнем IgG и IgA. У детей с ДНЗ также отмечены снижение относительного и абсолютного количественного содержания Т- и В- лимфоцитов. В системе гуморального звена иммунитета выявлено повышение уровня Ig класса А и М при низком уровне Ig класса G.

Полученные результаты исследований свидетельствовали о наличии функциональной недостаточности иммунной системы, выражающейся в снижении активности Т-клеточного звена иммунитета и дисиммуноглобулинемии, а также В-клеточного звена иммунной системы у детей с пониженной функцией ЩЖ. Данные изменения свидетельствуют о тесной взаимосвязи эндокринной и иммунной систем.

Выводы. Скрининговое исследование детей, проживающих на территории с дефицитом йода, выявило широкую распространенность увеличения щитовидной железы, низкий уровень экскреции с мочой неорганического йода в моче. Полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи эндокринной и иммунной систем, что имеет свое отражение в снижении функциональной активности Т-клеточного и дисфункции В-клеточного звеньев иммунитета.

ТРАНСКРАНИАЛ МАГНИТ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС)НИНГ ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗНИ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

Ибодуллойева М.Б.,Азимова Н.М
ТошПТИ неврология

Кириш: Тиббиётнинг асосий мақсад ва вазифаларидан бири – бу беморлар соғлиғини яхшилаш ҳамда уларнинг ҳаёт сифатини оширишдир. Ҳозирда ушбу вазифани бажаришда ўз ўрнига эга, замонавий ноинвазив методлар сирасига кирувчи транскраниал магнит стимуляция (ТМС) – миянинг зарарланган қисмларидаги нерв ҳужайраларига стимулловчи ва тормозловчи таъсир этиб, миянинг нормал ишлашини таъминловчи патогенитик асосланган самарадор усул ҳисобланади.

Тарқоқ склерозда нерв толаларининг аутоиммун жараён натижасида демиелинизатсияланиши сабабли нерв системасининг турли функцияси у ёки бу даражада зарарланади. Бунда беморларни ҳаёт сифатини яхшилаш ва (балки) даволаш мақсадида янги инновацион ва самарали усулларни қўллаш ҳозирги давр тиббиётининг долзарб муаммосидир.

Мақсад: ТМС нинг тарқоқ склероз билан касалланган беморларда даволаш ҳамда ҳаёт сифатини яхшилаш самарадорлигини аниқлаш ва уни амалиётга кенг жорий қилиш.

Тадқиқот усули: Беморлар касаллик тарихини ўрганиш (форма №003)

Материал ва методлар. Ўзбекистон Республикаси ногиронларни реабилитация қилиш ва протезлаш миллий маркази, “Реатсентр Ташкент” клиникаси ва “Асаб ва руҳият” илмий марказида 8 ой мобайнида 20 ёшдан 71 ёшгача бўлган

8 нафар беморда ТМСнинг Тарқоқ склерозни даволаш ва унинг бемор аҳволини яхшилашдаги аҳамияти ўрганилди. Беморларни саралашда ТМСни қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар инobatга олинди. Беморлардан 5 тасида оптикохиазмал, 2 тасида серебрял ва 1 тасида пирамидал йўллар зарарланиши билан кечувчи тури кузатилди. Беморларда ўртача даражадаги функционал бузилишлар аниқланди. Енгил парез, атакция, сезги бузилишлари, кўрув ўткирлигининг пасайиши, скатома, диплопия, ва ҳолсизликка шикоят қилди. Барча беморларга зарарланган сохага 6 Герц частотада 20 минутдан 1 курсда 10 та жами 2 курс ТМС амалиёти ўтказилди. ТМС амалиёти давомида ва ундан сўнг беморларда ножўя таъсирлар кузатилмади.

Беморларнинг 25 фоизи ушбу амалиётга 3 ойгача, 50 фоизи 3-6 ой оралиғида ва 25 фоизи 6 ойдан кўп бўлган муддатда мурожаат қилганлар.

Натижалар. ТМС амалиётидан сўнг беморларда Кругс шкаласи бўйича неврологик симптомлар 2 баллдан 0 баллгача ўртача 1,6 баллга камайди, ўз-ўзига хизмат қилиш даражаси ортди (Бартел шкаласи бўйича ўртача 75 баллдан 96,5 баллга).

Хулоса: Изланишимиз натижасига кўра ТМС амалиётини тарқоқ склероз билан касалланган беморларда қўллаш ижобий самара бериб, беморлар ҳаёт сифатини яхшиланишига олиб келади. Бунда ТМС амалиёти қанчалик эрта қўлланса шунчалик

яхши натижаларга эришиш мумкинлиги ҳамда ёш беморларда амалиётнинг самарадорлиги юқорилиги ўз исботини топди.

ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ЎРГАНИШ

*Ибодуллойева М.Б., Азимова Н.М.
ТошПТИ неврология*

Кириш. Тиббиётнинг асосий мақсад ва вазифаси беморлар саломатлиги ҳақида қайғуриш, касалликларга эрта ташҳис қўйиш ва даволаш. Ҳар бир касаллик ўзига хос кечишга эга бўлиб, у ёки бу функцияларни маълум даражада ёки бутунлай издан чиқаради. Ҳозирги кун тиббиётида актуал муаммога айланиб бораётган Тарқоқ склероз- марказий нерв системасининг сурункали аутоиммун- нейродегенератив касаллик бўлиб, меҳнатга лаёқатли, ёш аҳоли қатламини ногиронлигига сабаб бўлаётган нерв системасининг органик касалликларидан биридир. Тарқоқ склерознинг Осиё қитъаси мамлакатлари шу жумладан Ўзбекистонда ҳам кўп учраётганини инобатга оладиган бўлсак, касалликни бизнинг мамлакатда кечиш хусусиятларини ўрганиш долзарб масалага айланиб бораётганлигини кўрошимиз мумкин. Тарқоқ склерозда аксонларнинг демийелинизатсияси сабабли юзга келадиган ўзгаришлар олий руҳий фаолиятга ҳам ўз таъсирини ўтказмай қолмайди. Шунинг учун охириги йилларда бутун дунёда тарқоқ склероз билан касалланган беморларда когнитив функцияларнинг бузилишини ўрганишга қизиқиш ортиб бормоқда.

Мақсад. Тарқоқ склероз билан касалланган беморларда когнитив функцияларни текшириш

Тадқиқот усули. Психик статусни ММСЕ шкаласи, пешона дисфункциясини ФАБ тести, диққатни Шульте тести орқали аниқланди.

Тадқиқот материали. Асосий гуруҳга Темир йўллар касалхонаси, Ўзбекистон Республикаси ногиронларни реабилитатсия қилиш ва протезлаш миллий маркази, “Нейромед”, “Реасентр Тошкент”, “Асаб ва Руҳият” клиникаларидан 2 йил мобайнида 18 ёшдан 50 ёшгача бўлган 25 та бемор ўрганилди. Беморлардан 17 таси (68%) аёл, 8 таси (32%) эркак. Бунда иштирок этган беморлар ўртача ёши 37,4 ёшни ташкил этди. Кузатув гуруҳида 20 та 20 ёшдан 50 ёшгача ўртача 35,8 ёшни ташкил этган соғлом инсонлар ўрганилди.

Натижалар. Асосий гуруҳдаги беморларнинг ММСЕ шкаласи натижалари 20-27 оралиғида ўртача 18,04 балл. ФАБ тести натижалари 8-15 оралиғида бўлиб, ўртача 10,27 баллни ташкил этди. Шульте тестидан беморлар 1-3 ўртача 1,43 баллни тўплашди.

Кузтув гуруҳдагилар психик статусини ўрганиш натижалари 20-30 оралиғида ўртача 24,56 балл. Пешона дисфункциясини ўрганиш натижалари 9-17 оралиғида бўлиб, ўртача 14,2 баллни ташкил этди. Диққатни ўрганишга қаратилган Шульте тести натижалари 1-5 оралиғида ўртача 4,1 баллни ташкил қилди.

Хулоса. Кузтувларимиз натижалари асосида шуни айтишимиз мумкинки, тарқоқ склероз билан касалланган беморларда демийелинизатсия сабабли нейронлар функциясининг бузилиши ва бунинг оқибатида асосиатсия бузилишлари когнитив функцияларга ҳам сезиларли таъсир кўрсатади. Бундан кўриниб турибдики касаллик билан курашда олий руҳий функцияларни ҳам яхшилашга қаратилган даво муолажаларини тавсия этишни эътиборсиз қолдирмаслик лозим.

Неврология йўналиши

**ВИЧ–ОБУСЛОВЛЕННАЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ АСТЕНИЯ НА ФОНЕ
ПОЛИПАТИИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

*Ибрагимов М.К., Мамасалиев Н.С., Адилова Г., Каландаров М.
АндГосМИ, Андижан*

В научном мире исследования, посвященные ВИЧ – обусловленным нейроциркуляторным астениям различного типа (ВИЧаНЦА) весьма малочисленны. Поэтому исследователи различных стран мира выражают, общего мнения о том, что необходимо продолжать дальнейшую разработку фундаментально – клинических основ по изучению и оценке эпидемиологии нейроциркуляторной астении в популяции с различным серологическим статусом к ВИЧ. С этих позиций для разработки и внедрения опираясь на популяционных закономерностей, совершенных методов профилактики этой патологии у ВИЧ – инфицированных больных осуществлялось данное исследование.

Материалы и методы: Был проведён клинико-популяционный анализ выявляемости полипатий (наличие у одного пациента – 2х хронических патологий) на репрезентативной выборке – 341 ВИЧ инфицированного населения. Используются скрининговые общепринятые методы, рекомендованные ВОЗом.

Результаты и выводы: Полипатии наблюдается среди пациентов ВИЧаНЦА с распространенностью на уровне 75,5% (у ВИЧи женщин с нейроциркуляторной астенией – 45,3% и ВИЧи мужчин 31,2%, $P<0,05$).

ВИЧаНЦА проявляется одновременно клиническими симптомами не менее двух различных хронических заболеваний в зависимости от возраста с увеличением в 2,2 раза ($P<0,01$). Так, полипатии в отдельных возрастных диапозонах ВИЧи - больных с нейроциркуляторной астенией отмечаются следующей распространенностью: в группе ВИЧи-лиц до 24лет – 45,3%, 25-29-52, 8% , 30-34-58,5%, 35-39-88,8%, 40-44-79,2% и ≥ 50 лет – 100,0%.

Полипатии в основном характеризуются болезнями органов дыхания (34,0%), желудочно кишечными (30,5%) и гломерулярными патологиями (14,4%). С возрастом частота сочетаемости ВИЧаНЦА с этими заболеваниями увеличивается следующим образом соответственно – в 1,7 ($P<0,05$), 3,5 ($P<0,01$) и 3 раза ($P<0,01$).

Таким образом, приоритетной особенностью ВИЧаНЦА на фоне полипатии является её высокая встречаемость и значительное увеличение с возрастом.

**ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТИРУЕМЫХ СИНДРОМОВ И СИМПТОМОВ
ВИЧ АССОЦИИРОВАННОЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ
(ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

*Ибрагимов М.К., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.
АндГосМИ, Андижан*

Отечественными исследователями не изучалось клинические проявления нейроциркуляторной астении (НЦА) у популяции с ВИЧ- инфекцией, манифестирующийся с различными синдромами и симптомами. Поэтому, **с целью разработки системы популяционной ориентации высокого риска, адресованный на НЦА** и совершенствования медицинской (профилактической) помощи таким группам населения на фоне ВИЧ – инфекции осуществлено настоящее исследование. Отчетливо у 341 ВИЧи – популяции установлено, что наличие коморбидной патологии затрудняет клиническую диагностику ВИЧаНЦА. Это требует проведения дополнительных углубленных исследований и соответствующее управление лечебным процессом, а также разработки специальных программ профилактики ранних

осложнений от НЦА. Первое место в структуре коморбидности, по частоте встречаемости у пациентов с ВИЧаНЦА, занимают респираторные патологии (34,0%), второе и третье место приходится на доли болезней пищеварительного (30,5%) и мочевыделительного тракта (14,4%). Клинические проявления ВИЧаНЦА в основном манифестируются психоэмоциональными и астеническими проявлениями, сравнительно реже (в 1,8 и 1,4 раза; $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$) ангинозными и гипертензивными синдромами. Более чем в 15,4 ($P < 0,001$) и 3,4 раза ($< 0,01$) меньше гипотензивными, диспептическими и вегетативно-сосудистыми симптомами.

Клинические синдромы и симптомы варьируются при наличии и отсутствии факторов риска в следующих уровнях по распространенности соответственно: кардиальгия – по 5,6% и 9,1% ($P < 0,05$), артериальная гипертензия – по 7,5% и 11,3% ($P < 0,05$), гипотензивный синдром – по 0,0% и 1,8% ($P < 0,01$), диспепсический синдром также – по 0,0% и 1,8% ($P < 0,01$), вегетативно – диспепсический синдром – по 1,8% и 5,7% ($< 0,01$), психоэмоциональный синдром – по 9,4% и 18,9% ($P < 0,01$) и астенический синдром – по 5,7% и 20,7% ($P < 0,001$).

Все симптомы более «злокачественной» форме нарастают при наличии факторов риска в виде следующих субъективных проявлений: ноющие, длительные боли локализацией в прекардиальной области и без иррадиации в зону Захарьина – Геда; преходящее повышение артериального давления диспепсические расстройства, вегетативные симптомы в виде головокружения, головные боли, субфебрилитет, миалгии или чувство внутренней дрожи психоэмоциональные расстройства в виде тревожности и кардиофобии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЪЕМНОЙ КТ-КОРОНАРОГРАФИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*Икрамов А.И.^{1,2}, Джураева Н.М.², Максудов М.Ф.^{1,2}, Турсунова Л.Н.¹,
Абдухалимова Х.В.²*

*¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
²ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова»*

Цель исследования. Определить диагностическую значимость объемной КТ-коронарографии при атеросклеротическом поражении коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование включены 146 пациентов (80 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 40 до 74 лет (средний возраст пациентов составил $53 \pm 4,2$ года). Всем пациентам выполнена КТ-коронарография на широкодетекторном 640-срезовом компьютерном томографе «Aquillion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония) с ЭКГ-синхронизацией и последующей мультипланарной реконструкцией полученных изображений. Первым этапом выполнялось нативное исследование для подсчета коронарного кальциевого индекса по стандартизованной методике A.S. Agatston с помощью специального программного обеспечения Calcium Score. При этом кальциевыми депозитами считались участки коронарного русла с плотностью более 130 единиц по шкале Хаунсфилда (HU, Hounsfield Unit). Степени коронарного кальциноза оценивали следующим образом: отсутствие кальциноза (0 единиц Агатстон), начальные признаки кальциноза коронарных артерий (1-10 единиц Агатстон), минимальный кальциноз (11-100 единиц Агатстон), умеренный кальциноз (101- 400 единиц Агатстон), выраженный кальциноз (более 400 единиц Агатстон). Далее следовала фаза контрастирования с введением тест-болюс контрастного вещества и автоматическим определением пика насыщения контрастного препарата на уровне нисходящего отдела грудной аорты. Контрастное вещество (Юнигексол 350) вводили через периферический венозный катетер диаметром 18-22G в кубитальную

вену со скоростью 5,0-5,5мл/с. Объем вводимого контрастного вещества рассчитывался индивидуально для каждого пациента из расчета 1,0 мл/кг (не более 90 мл). Ширина зоны сканирования составляла 16 см (за один оборот трубки), что позволило полностью охватить анатомическую область сердца. Обработка полученных данных производилась на рабочей станции Vitrea с помощью приложения Cardiac: Arteries CT – 3D Analysis Auto Vessels. Проведен анализ состояния основных артерий коронарного русла с изучением степени стеноза, локализации и характера поражения коронарных артерий, а также коронарного кальциноза

Результаты. Согласно результатам полученных данных отсутствие коронарного кальциноза было выявлено у 23 пациентов (15,7%), начальные признаки коронарного кальциноза – у 35 пациентов (24%), минимальный кальциноз коронарных артерий – у 31 пациента (21,2%), умеренный кальциноз – у 39 пациентов (26,7%) и выраженный кальциноз – у 18 пациентов (12,3%). При этом отсутствие коронарного кальциноза отмечалось у пациентов в возрасте до 45 лет у мужчин (11 пациентов (7,5%)) и в возрасте до 55 лет у женщин (14 пациентов (9,6%)). Начальные признаки коронарного кальциноза (22 пациента (15,1%)) и минимальный кальциноз коронарных артерий (20 пациентов (13,7%)) определялся преимущественно у лиц женского пола. МСКТ признаки умеренного кальциноза коронарных артерий (25 пациентов (17,1%)) и выраженный коронарный кальциноз (22 пациента (15,1%)) отмечался преимущественно у лиц мужского пола. При анализе результатов объемной КТ-коронарографии было выявлено, что у 38 пациентов (26%) процесс носил однососудистый характер поражения, в 47 (32,2%) случаях отмечалось двухсосудистое поражение и в 29 (19,8%) – мультисосудистое поражение, а у 32 пациентов поражение коронарных артерий не отмечалось. При этом в 93 сегментах (58,6%) определялись гемодинамически незначимые стенозы, а в 65 сегментах (41,4%) стенозы имели гемодинамически значимый характер. Наиболее часто атеросклеротическое поражение отмечалось в передней межжелудочковой артерии (48%), реже встречалось поражение огибающей ветви левой коронарной артерии (15%).

Выводы. Объемная КТ-коронарография, обладая высокой чувствительностью и специфичностью в плане обнаружения стенозов КА, даёт возможность неинвазивной оценки состояния коронарного русла и позволяет получить трёхмерное изображение с визуализацией поперечных срезов стенок сосудов. Проведение компьютерной томографии для выявления коронарного кальциноза служит маркером атеросклеротического поражения коронарного русла и может быть использована в качестве скрининговой диагностики ишемической болезни сердца для определения вероятности наличия поражения венечных артерий, и оценки риска развития коронарных событий. Проведение объемной КТ-коронарографии позволяет своевременно диагностировать атеросклеротическое поражение КА, что дает возможность правильно выбрать тактику ведения пациентов и предотвратить развитие острых коронарных событий.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Инакова Б.Б., Шамсутдинова Д. Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Ряд авторов предполагают, что развитие истинных гипотензивных состояний происходит в детском возрасте, и они могут в дальнейшем трансформироваться к гипотонической болезни взрослых, быть фактором риска нарушений церебральной гемодинамики и ишемической болезни сердца (ИБС).

Раннее выявление нарушений сосудистого тонуса, раскрытие причин и факторов, способствующих их возникновению и прогрессированию, необходимо для построения научно обоснованной системы профилактических мероприятий.

Целью данной работы явилось изучение частоты артериальной гипотензии среди сельских школьников.

Материал и методы исследования.

Объектом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ одного из районов Андижанской области, в которых в момент обследования обучались 15235 детей в возрасте 11- 15 лет. Обследовано 1505 детей обоего пола (729 мальчиков, 776 девочек), что составило 10%-ную выборку из популяции. Число наблюдений в возрастно-половых выборках детей колебалось от 137 до 203. Этапы исследования состоялись из первичного (скрининг) исследования и трех периодов проспективного наблюдения, через каждые шесть месяцев. При проведении исследования соблюдались требования National High Blood Pressure Education Program, учитывающие перцентильное распределение артериального давления, его дефиниции с учетом массы, длины и поверхности тела ребенка. АД измерялось трехкратно в утреннее время (9-12 час), в первой половине недели для исключения влияния возмущающих факторов на уровень АД. Скрининговые и динамические наблюдения также включали в себе точную оценку возраста, антропометрических (масса, длина, поверхность тела, окружность плеча) показателей, физического (соматометрия, морфометрия) и полового развития по системе Ах, Р, V, L у мальчиков и Ах, Р, Me, Ma у девочек.

Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что 50 перцентильное распределение систолического артериального давления (САД) у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 92 до 102 мм.рт.ст., а у девочек 96-100 мм.рт.ст. С 12 летнего возраста 50-я кривая распределения уровня САД у девочек на 2-4 мм.рт.ст. ниже, чем у мальчиков ($P<0,05$). Показатели 50-перцентильного распределения уровня диастолического артериального давления (ДАД) у детей в возрасте 11-15 лет составили соответственно у мальчиков от 56 до 64, а у девочек 54-62 мм.рт.ст. ($P>0,05$) Нижняя 5-я кривая распределения САД у мальчиков и у девочек в возрасте 11-15 лет колеблется соответственно от 72 до 80 и от 74 до 78 мм.рт.ст., что статистически достоверно отличается от 5-й кривой распределения уровня САД детей г. Москвы (84-92 и 93-97 мм.рт.ст, $P<0,001$).

Как видно из данных таблицы, артериальная гипотензия (АГП) среди сельских школьников в возрасте 11-15 лет довольно распространенное состояние (соответственно у девочек – 14,3, мальчиков – 12,6). Частота АГП среди наших школьников существенно больше, чем данные РФ и соответствует распространению АГП в популяции школьников.

Нами при сравнительном изучении как общего удельного веса, так и частоты диастолической (ДГП) и систоло-диастолической артериальной гипотензии (СДГП) среди мальчиков и девочек статистические различия не обнаруживались ($P>0,05$). Лишь отмечено увеличение частоты систолической артериальной гипотензии (СГП) у девочек в возрасте 13-15 лет (5,89%, напротив 4,7% мальчиков, $P<0,017$), за счет чего увеличен общий удельный вес СГП в популяции девочек (5,54%, напротив 3,43%, $P<0,024$). У мальчиков как в возрасте 11-12 лет (4,0%), так и в возрасте 13-15 лет (4,6%) имеет место тенденция к увеличению частоты СДГП, по сравнению девочек аналогических возрастов (2,15% и 3,5%, $P<0,01$).

Таким образом, выборочные (рандомизированные) исследования у детей школьного возраста позволяют установить частоту и различные формы артериальной гипотензии. Для установления их устойчивости, а также генеза, видимо, требуется длительное проспективное исследование.

Выводы.

1. Перцентильные пороговые уровни (50-, 5-) распределения САД и ДАД у сельских школьников низкие, что необходимо учитывать при диагностике артериальной гипотензии среди детей, планировании и проведении профилактических мер.
2. Частота артериальной гипотензии среди школьников в возрасте 11-15 лет довольно высокая, что требует углубленных научных исследований по изучению их внутренней структуры.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СИНТРОПИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Исмаилов У.С., Янгибаев З.Р., Батиров Д.Ю., Рахимов А.П., Умаров З.З.
Министерство здравоохранения РУз, главное управление науки и образования
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и метаболический синдром (МС) широко распространены в популяции людей: 10-15% составляют больные с ЖКБ, 15-25% - больные с МС, в обоих случаях отмечается тенденция к омоложению и прогрессирующему росту числа больных. Основные патогенетические факторы риска ЖКБ с сочетанием МС включают в себе генетический фон. Генетических факторов в формировании ЖКБ и связанных с МС по разным данным составляет от 50 до 85%. В регуляции формирования метаболических нарушений важную роль играют гену ADRB2, регулятору липидного обмена. Выявление генотипических вариантов данного гена, влияющих на нарушение липидного обмена, позволяет оценить индивидуальный риск развития МС пациентов с ЖКБ.

Цель исследования: изучить роль полиморфизма rs1042714 гена ADRB2 в патогенезе ЖКБ в сочетании с МС.

Материал и методы. Основную группу составил 118 пациентов с ЖКБ в сочетании МС проживающих в Хорезмской области. Все обследованные больные были разделены на 3 подгруппы: А - пациент ЖКБ с сочетанием ожирением (n=58); Б-пациенты ЖКБ с сочетанием сахарным диабетом (n=27) и В-пациенты ЖКБ без МС (n=33). В качестве материала для контрольной выборки использованы препараты геномной ДНК (n=120), условно здоровых неродственных доноров узбекской национальности и не имевших в анамнезе патологии ЖКБ и МС.

Результаты и обсуждение. В исследованных группах фактическое распределение генотипов полиморфизма rs1042714 соответствовало ожидаемым при равновесии Харди-Вайнберга ($P > 0.05$). Частота распределения аллелей Gln и Glu в исследованных выборках составила 65.2% и 34.7% против 73.7% и 26.2% соответственно. Шанс обнаружения неблагоприятного аллеля Glu среди пациентов значимо повышается более чем в 1.5 раза по сравнению с группой контроля ($\chi^2=4.0$; $P=0.04$; OR=1.5; 95% CI 1.01- 2.216). Доминирующим генотипом в исследованных группах пациентов и контроля был гомозиготный генотип Gln/Gln частота, которой составила 44.1% и 52.5%, соответственно ($\chi^2=1.7$, $p=0.2$). Сравнительный анализ в исследованных групп показывает статистически незначимые различия распределения гетерозиготного генотипа ($\chi^2 < 3.84$; $p=0.9$). Частота неблагоприятного генотипа Glu/Glu достоверно увеличивается в группе пациентов по сравнению с группой контроля (13.6% против 5.0%, соответственно). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития ЖКБ с МС при носительство данного генотипа увеличивается более чем в 3.0 раза ($\chi^2=5.2$; $P=0.02$; OR=3.0; 95% CI 1.124- 7.905).

Отмечено значимое различие в частоте распределения неблагоприятного аллеля Glu и минорного генотипа Glu/Glu между подгрупп больных с ожирением и контрольной выборкой. Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития

ожирения при носительстве генотипа Glu/Glu значимо увеличивается более чем в 3.5 раз ($\chi^2=5.6$; $P=0.02$; $OR=3.5$; 95% CI 1.78- 10.34).

Вывод: Полученные нами результаты позволяют заключить что, гомозиготный генотип Glu/Glu играет важную роль в патогенезе нозологической синтропии желчнокаменной болезни и метаболического синдрома. Риск развития ЖКБ с МС при носительстве данного генотипического варианта гена ADRB2 может значимо увеличиваться более чем на 3.5 раз.

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ ВА СЕМИЗЛИК НОЗОЛОГИК СИНТРОПИЯСИ РИВОЖЛАНИШИДА ЛИПИД-РЕГУЛЯТОР ГЕНЛАР (PPARG2, FABP2) ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ АҲАМИЯТИ

Исмаилов Ў.С., Батиров Д.Ю., Рахимов А.П., Алланазаров А.Х., Ахмедов Ш.С.

*ЎзР ССВ фан ва таълим бош бошқармаси
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали*

Долзарблиги: Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ўт тош касаллиги ва семизлик 40-60% ҳолларда биргаликда келиши аниқланган. Хар иккала патологиянинг ривожланиш патогенезида липидлар метаболизми бузилиши муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади ва липид-регулятор генларнинг ўрни 50% дан 85% гача бўлиши аниқланган. Ўт тош касаллиги ва семизлик билан касалланган беморлар геномини ва бу коморбид ҳолатни тубдан ўрганиш ҳамда касалликнинг ривожланишини башорат қилиш келажақда бу касалликлар синтропиясининг бирламчи профилактикасини олиб боришда муҳим омил ҳисобланади. Шунинг учун ҳам сўнги йилларда кўпчилик соҳа мутахассисларининг тадқиқотлари ўт тош касаллиги ва семизлик коморбид ҳолда келганида генетик асосларини ўрганишга қаратилаган.

Мақсад: Ўт тош касаллиги ва семизлик нозологик синтропияси ривожланишида PPARG2 ва FABP2 генлари полиморфизмининг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази хирургия бўлимида даволанаётган 118 нафар ўт тош касаллиги ва метаболик синдром билан касалланган беморларнинг молекуляр-генетик таҳлиллари ЎзР ССВ Республика ихтисослаштирилган гематология илмий-амалий тиббиёт маркази лабораториясида текширилди. Асосий гуруҳдаги 118 нафар бемордан аёллар 66.1% (78 нафар) ва эркеклар 33.9% (40 нафар)ни ташкил қилди. Асосий гуруҳдаги беморларни 3 та кичик гуруҳларга (А, Б, В) бўлиб ўргандик. А - гуруҳда 58 нафар ўт тош касаллиги + семизлик биргаликда келган беморлар; Б - гуруҳда 27 нафар ўт тош касаллиги + қандли диабет касаллиги биргаликда келган беморлар; В - гуруҳда 33 нафар метаболик синдромсиз ўт тош касаллигига чалинган беморларни ташкил қилади. Назорат гуруҳида 120 нафар амалий (нисбатан ёки шартли) жиҳатдан соғлом донорлар ДНК ларидан (РИГИАТМ да сақланган ДНК банки) фойдаланилди.

Натижалар: Кузатувимиздаги иккала гуруҳда ҳам PPARG2 гени rs1801282 полиморфизми ва FABP2 гени rs1799883 полиморфизми генотипларининг ҳақиқий тақсимланиши Харди-Вайнберг мувозанати (ХВМ) бўйича теоретик-кутилаётган натижаларга мос келиши тасдиқланди.

Кичик А ва назорат гуруҳдаги беморларда PPARG2 гени rs1801282 полиморфизми салбий гомозигота Ala/Ala генотипининг тарқалиш частотаси хар иккала гуруҳимизда ҳам 1.7% ни ташкил қилади ($\chi^2<3.84$; $P>0.05$; $OR=1.0$; 95% CI 0.09-11.6). Кичик А ва назорат гуруҳдаги беморларда FABP2 гени rs1799883 полиморфизми салбий гомозигота Thr/Thr генотипи кичик – А гуруҳидаги беморларимизда назорат гуруҳига нисбатан анчагина юқори тарқалиш частотасига эга эканлигини кўришимиз мумкин (19.0% ва 7.5%; $\chi^2=5.1$; $P=0.02$; $OR=2.9$; 95% CI 1.122-7.424).

Хулоса: Шудай килиб, олинган натижалар тахлилига кўра, ўт тош касаллиги ва семизлик синтропияси ривожланиш патогенезида FABP2 гени rs1799883 полиморфизми Thr/Thr генотиби аҳамияти юқорилигини ҳамда Thr/Thr генотиби ташувчиларида ушбу касалликлар ривожланиш эҳтимоллиги 3.0 баробар юқори ассоциацияга эга эканлиги аниқланди. Липидлар регуляциясида PPARG2 гени rs1801282 полиморфизмининг ўрни юқори бўлишига қарамадан тадқиқотимиз натижасига кўра, ўт тош касаллиги ва семизлик синтропияси ривожланиш патогенезида мустақил жиҳатдан аҳамиятсизлиги, аксинча протектив эффект борлиги аниқланди.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Исмоилов И.Х.

Кафедра госпитальной и клинической стоматологии

Актуальность. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава означает, что один из составляющих нашего сустава, функционирует неправильно. Этот сустав – один из самых сложных в организме человека, он отвечает за движение нижней челюсти вперед, назад и из стороны в сторону. Любое патологическое состояние, не позволяющее этой сложной системе из мышц, связок, диска и костей работать должным образом, приводит к его дисфункции.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава имеет мультифакториальный генез при том что подавляющее большинство патологий ВНЧС являются функционально обусловленными. При этом истинные лицевые боли мы наблюдаем у трети обратившихся пациентов, в то время как вторичные лицевые боли, вызванные патологией со стороны ЛОР органов, офтальмологическими проблемами и стоматологическими нарушениями составляют подавляющее большинство случаев.

Цель исследования. Повысить качество диагностики и лечения больных с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава путем выбора объема диагностических и лечебных мероприятий.

Методы исследования. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 50 больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, поступивших на базу кафедры ортопедической стоматологии Андижанского государственного медицинского института (АГМИ).

Результаты исследования. По данным компьютерной томографии, у 86% больных с вывихом внутрисуставного диска в положении «рот закрыт» и «рот открыт» изменений костной ткани не выявлено, а у 14% обнаружили морфологические изменения костнеобразующих элементов сустава. При ЭМГ-исследовании у 86% больных с вывихом диска изменений собственно жевательных и височных мышц не обнаружили.

Давность начала заболевания у 74% больных от 1 до 5 лет, лишь 26% обратились за помощью на 2-7-й день после первого блокирования сустава. Из анамнеза выяснили, что у 100% пациентов неоднократно возникало ощущение препятствия в ВНЧС при движениях нижней челюсти. Выявили, что у 82% больных преобладало длительное одностороннее жевание и вредные привычки.

Стрессовые ситуации испытывали 5% пациентов с гипертонусом жевательных мышц и бруксизмом. Психические расстройства, спровоцировавшие вывих диска, диагностировали у 3% пациентов. При объективном обследовании: открывание рта с девиацией у 10% пациентов; с дефлексией в больную сторону у 90%. Интактные зубные ряды наблюдали у 57% больных; частичное отсутствие зубов у 43%, при этом с вторичной деформацией окклюзии у 25%. Ортогнатический прикус имели 87%

пациентов, глубокое резцовое перекрытие 13%. При пальпации ВНЧС и латеральной крыловидной мышцы на пораженной стороне боль выявили у всех обследованных.

На основании изучения диагностических моделей и окклюзиограмм выявили супраконтакты в боковых окклюзиях у 64% пациентов, в передней у 21 % с вертикальным перемещением зубов и у 15% больных с интактными зубными рядами.

У 100% пациентов амплитуда движений нижней челюсти в контакте с зубами-антагонистами в здоровую сторону была меньше нормы в 4 раза, а в больную на 11,1%, вперед на 24,4%; с минимально разобщенными зубными рядами в здоровую сторону меньше нормы на 27,6%, а в больную всего на 12,6%, вперед на 24,2%. На основании этого можно сделать вывод о том, что внутри сустава имеется механическое препятствие — заблокированный диск, ограничивающий движения.

Вывод. Одной из основных нозологических форм является синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – один из самых трудных и противоречивых диагнозов в современной медицине. Симптомы заболевания височно-нижнечелюстного сустава наблюдают у себя до 40% людей, но не каждый обращается за медицинской помощью.

Таким образом, основываясь на данных обследования 175 пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, 62 пациентам был выставлен диагноз: «Вывих внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава». 37 из них назначили комплексное лечение. Вначале проводили анестезию латеральной крыловидной мышцы.

СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.

Исмоилова Ю.А., Агабабян И.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является серьезной проблемой для всех развитых стран мира. Несмотря на значительный прогресс в лечении, прогноз этих больных остается неблагоприятным. Это связано прежде всего со старением населения, так как появилось достаточное количество препаратов, положительно влияющих на длительность жизни этих больных. В последние 2 года в мире большая часть населения переболела различными штаммами COVID-19, также высокая смертность наблюдается после перенесенной вирусной инфекции.

В структуре смертности от всех заболеваний за 2019 год в Узбекистане, основная часть – 63,8% умерло больных от болезней системы кровообращения. Из них 90% от ХСН. Это еще раз подтверждает нашу цель - открытие и внедрение центров по контролю за больными с ХСН, которые смогут продлить и улучшить качество жизни пациентов с ХСН.

Цель исследования Определить эффективность длительного (до 1 года) наблюдения больных с ХСН в I семейной поликлинике города Самарканда.

Материал и методы исследования Больные были разделены на 2 группы. В первую группу входили больные с ХСН, проживающие на территории I семейной поликлиники города Самарканда в 2020 году. II группу составили больные ХСН той же поликлиники за 2021 год. В исследование были включены 1289 больных ХСН I группы и 1413 больных 2 группы, которые после выписки находились на амбулаторном наблюдении по месту прописки в I семейной поликлинике г.Самарканда. Всем амбулаторным больным проводилось ЭКГ исследование сразу после выписки из

стационара и через 1 месяц. Также проводилась ЭхоКГ с определением ФВ, измерялось АД, ЧСС, ИМТ, тест с шестиминутной ходьбой, опросник ШОКС.

Результаты исследования В настоящее время больные с ХСН в городе Самарканде практически не наблюдались активно врачами поликлиник по месту жительства. Врачи не ходили на подворные обходы, активно не вызывали больных и больным приходилось вызывать «скорую медицинскую помощь» при ухудшении состояния. Отсюда и высокая смертность больных с хронической сердечной недостаточностью: по поликлинике г. Самарканда – 244 за 2020 год и 274 за 2021.

Выводы Открытие Центра ХСН значительно снизит смертность и продлит качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью.

УМУМИЙ ОСТЕОПОРОЗНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Казакова Н.Н.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Перименопауза ва менопауза ёшидаги аёлларда учрайдиган умумий остеопорозни XXI аср эпидемияси билан таққослаш мумкин. Касалликнинг патогенези тўғрисида етарлича маълумот бўлмаслигига қарамай, мавжуд маълумотлар аллақачон ушбу контингент аёлларида даволаш тамойиллари ва профилактика чораларини ишлаб чиқишга имкон беради. Ушбу мақолада умумий остеопорознинг патогенези, клиник кўриниши, даволаш тамойиллари ва катта ёшдаги остеопорознинг олдини олиш хусусиятлари тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Бугунги кунда мамлакатимизда тиббий хизмат кўрсатишни янги даражага кўтариш, остеопороз асоратларидан келиб чиқадиган ногиронликни камайтириш мақсадида остеопорозни эрта ташхислаш ва даволаш, профилактика чора-тадбирлари борасида мақсадли ислохотлар амалга оширилмоқда. Бу борада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларда «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...» каби вазифалар белгиланган. Бу борада, жумладан, аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янги босқичга кўтариш, айниқса, перименопауза давридаги остеопороз касаллигини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини яхшилаш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллаш, аёлларда ногиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш, касаллик келтириб чиқарувчи омилларни ташхислаш ва даволашга янгича ёндашувларишлаб чиқиш муҳим аҳамият касб этади.

Тадқиқотнинг мақсади: Умумий остеопорозни келтириб чиқарувчи хавф омилларини баҳолаш ва уларни оғиз бўшлиғи аъзоларига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Бухоро шаҳар тугрукхона комплексида умумий остеопороз билан касаланган 46 та аёллар текширувдан ўтказилди. Текширилган беморларнинг ярмидан ортиғи, (57,9%, n=31) қишлоқ аёллари бўлиб, қолгани эса (42,1%, n=15) шаҳарда доимий яшаб келган. (1- расм) Беморлар анкета саволларига жавоб беришди, анамнез йиғилди, турли хил клиник лаборатор текширувлардан ўтказилди. Беморларнинг анализлари асосида умумий остеопорозни келтириб чиқарувчи хавф омиллари аниқланди. Бундан ташқари антропометрик тадқиқот усуллари, клиник тадқиқот усуллари, функционал тестлар, лаборатор тадқиқот усуллари: умумий клиник усуллар, инструментал тадқиқот усуллари: 2

проекцияда рентгенологик тадқиқотлар, ички аъзоларнинг ултратовушли тадқиқоти, энцефалография, остеоденсиметрия усулдаги текшириш усуллари ҳам ўтказилди.

Натижалар ва таҳлиллар: Барча перименопауза давридаги текширувдаги аёллар 5 та гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳ: перименопауза давридаги аёллар, уларда умумий остеопороз аниқланган 18 нафар аёл, ўртача ёш $43.48 + 4.3$; 2- гуруҳ: перименопауза давридаги аёллар, уларда умумий остеопороз аниқланмаган 14 нафар аёл, ўртача ёш $41.28 + 3.08$; 3- гуруҳ: перименопауза давридаги соғлом аёллар, 8 нафар ўртача ёш $40.1 + 4.13$; 4 – гуруҳ: климакс давридаги аёллар, 6 нафар аёл, ўртача ёш $51.12 + 1.8$

Ўтказилган тадқиқот натижалар бўйича перименопауза ёшидаги умумий остеопорозга чалинган аёлларда касалликни келтириб чиқарувчи хавф омилларининг кўрсаткичлари бўйича энг катта хавф омили бўлиб қонда Са миқдорининг етишмаслиги, Витамин D етишмовчилиги, 3 ойдан ортиқ глюкокортикоидларни қабул қилиш каби омиллар етакчи ўринни эгаллади.

Бундан ташқари, перименопауза давридаги аёлларда кечувчи умумий остеопорознинг оғиз бўшлиғи аъзо ва тўқималарига таъсири шуни кўрсатадики, аёлларда кариес интенсивлиги ва тарқалиши, оғиз бўшлиғи гигиенаси даражаси, пародонт тўқимасининг ҳолати соғлом аёллардан нисбатан бир неча марта ортиқлигини кўрсатади. Бу эса уларда стоматологик билим соҳаларини ривожлантиришга муҳим туртки бўлиб ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи аъзолари инструментал ва визуал текширилганда тиш қаттиқ тўқимасидаги нокариоз касалликлардан понасимон нуқсон ва тиш эмали эрозияси 2.8 мартага соғлом аёллар гуруҳига нисбатан кўп учради. Тиш қаттиқ тўқималарида патологик едирилиш учраш частотаси 17% ни ташкил қилди.

Кариес ва унинг асоратлари 1,2 ва 4 гуруҳларда етарли даражада юқори эканлиги аниқланди. Кариес интенсивлиги – (КПО индекси $17.18 + 5.15$) Соғлом аёлларда бу кўрсаткич $8.3 + 1.2$ ни ташкил қилди. Тадқиқотимиз натижасида ушбу аёлларнинг умумий остеопороз аниқланган қисмида пародонтит касалликлар соғлом аёлларга нисбатан 2.5 марта кўп учради. (78.6%). Бунинг натижасида тишлар эрта йўқотилиши ва ошқозон ичак касалликларининг ортиши ҳам аниқланган.

Хулоса: Шундай қилиб, остеопороз суяк минерал зичлиги пасайиши ва суяк тўқималарининг микроархитектурасининг бузилиши билан кечадиган касаллик бўлиб, аёлларда перименопауза даврида кўпроқ учрайди, ушбу касалликни келтириб чиқарадиган хавф омиллари орасида қонда Са миқдорининг етишмаслиги, Витамин D етишмовчилиги, 3 ойдан ортиқ глюкокортикоидларни қабул қилиш каби омиллар етакчи ўринни эгалламоқда. Аёлларда кечадиган умумий остеопороз стоматологик касалликлар келтириб чиқаради ва ушбу контингентдаги аёлларда стоматологик ёрдам ташкил қилишни талаб қилади.

ПРОФИЛАКТИКА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ ВИЧ /СПИДОМ, НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА

*Каландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Ибрагимов М.К., Адилова Г.
АндГосМИ, Андижан*

Анализ современной литературы убедительно свидетельствует, что особую актуальность представляет эпидемиологическое изучение нейроциркуляторной астении в популяции ВИЧ инфицированных (НЦА ВИЧ иП). ВИЧ – инфекция ускоряет течение хронических заболеваний, которые имели место до инфицирования и увеличивает риск формирования патологии большинства внутренних органов, в том числе вегетативной нервной системы. Поэтому по данной проблеме очень интенсивно ведутся научные исследования, однако, в основном клинического характера.

С целью оценки и выявления аспектов профилактики НЦА ВИЧ иП на основе результатов эпидемиологического исследования проводилась настоящая работа.

Материалы и методы: На репрезентативной выборке эпидемиологическому исследованию подвергались 341 ВИЧи – населения и рассчитывался относительный риск наличия (ОР) НЦАВИЧиП в связи с выявленными в ходе настоящей работа факторами риска.

Результаты и выводы. Развитие и тяжелое течение НЦАВИЧиП в существенно значительной степени опосредованы 7-ю основными факторами риска: коморбидностью (ОР= 70,8), поло-возрастными факторами (ОР=63,1), социально – не конвенционными факторами (ОР=55,2), эпидемиологическими факторами (ОР=40,4), поведенческим факторами (ОР=29,6), некорректируемыми факторами (ОР=15,8) и алиментарно - пищевыми факторами (ОР=10,3).

Следовательно, отмеченные факторы должны являться «мишенью» программ профилактики НЦАВИЧиП и опорамии прогнозирования фатальных и/или не фатальных «конечных точек». С учётом вклада каждого перечисленных пусковых факторов, способствующие появлению высоко рискованных эпидемиологических ситуаций, рекомендуется разработки эпидемиологических моделей профилактики НЦАВИЧиП среди ВИЧ – позитивного населения.

Выводы. Применение в практика созданного на основе скринирующих исследований алгоритма/моделя профилактики может к прерыванию процесса развития «конечных точек» от НЦД ВИЧиП у 70-72 лиц из 100 случаев.

ВЛИЯНИЕ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: В ФОКУСЕ РАЗРАБОТКА НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕТЕОГЕЛИОПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Каландаров Д.М., Мамасалиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Сапихонова Х.М.

С целью разработки новых технологий метеогелиопрофилактики (МГП) урологических заболеваний (ОУЗ) в условиях Ферганской долины осуществлялось трехлетнее клинико-метеорологические и хронобиологические исследования у 1046 больных с острыми урологическими заболеваниями. Регион Ферганской долины (Андижан), подверженный мониторингу по климато-клиникобиоритмологическим особенностям в целом отражает климата Узбекистана и оказывает патогенное влияние на развитие и течение ОУЗ. Применялись унифицированные и стандартизованные методы, рекомендованные ВОЗ (1990). Кроме этого, применялись специальные методы оценки перепадов основных метео-гелиоэлементов.

Наша работа, в нашем представлении, расширяет современное знание о метеогелиофизических факторах риска и дает возможность по-новому посмотреть на аспекты до нозологической профилактики, диагностики и прогнозирования ОУЗ в регионах Узбекистана.

Прежде всего следует отметить, что предложена для массового применения модель метеогелиогеофизического прогноза, которая позволяет, во-первых, прогнозировать последствий ОУЗ с учётом гелиометеоусловий региона, и во-вторых, путём проведения ранней донозологической профилактики диагностики уменьшить частоту госпитализаций и снизить медико – социально-экономических последствий ОУЗ.

Было выявлено, что условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины страдают с ОУЗ каждый 11- житель 15-19 летнего возраста, каждый третий в возрасте 20-29 лет, каждый четвертый в 30-39 лет, каждый пятый в возрасте 40-49 лет, каждый десятый и девятый больной 50-59 летнего и ≥ 60 летнего возраста ($P < 0,01$).

«Метеогелио взрыв», обусловленный резкоконтинентальным климатом Ферганской долины, способствует ухудшению эпидемиологического, клинического, метеорологического и гелиогеофизического статуса отношении ОУЗ. Проявлением негативных действий «метеогелиовозможностей» и являются возрастание частота случаев выявляемости ОУЗ и увеличение выявляемости урогелиометеотропных реакций в виде субъективных (до 27,9%), объективных (до 30,7), мочевых (до 30,8%), желудочно-кишечных (до 52,4%) и биохимических симптомов (до 34,1%).

В связи с вышеотмеченными, что в разных уровнях оказания неотложной, урологической-диагностической и лечебной помощи необходимо широко применять прогностические таблицы и биоклиматограммы: они являются успешными методами для ранней профилактики донозологической диагностики и оказания неотложной помощи больным с ОУЗ. Составляемые программы профилактики ОУЗ, особенно в регионах с резкоконтинентальным климатом, должны предусматривать комплексное применение данных метеогелиопрогнозирования метеоклиматосиноптических и гелиогеофизических процессов.

Такой лечебно-прогностически профилактический подход способствует к расширенную возможностей и шансов лечения и профилактики последствий ОУЗ, особенно в условиях резкоконтинентального климата.

ПОКАЗАТЕЛИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

*Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Рахимов А.Н., Закирова Г.А., Абдуллаева Ч.А.,
Атаходжаева Г.А., Алиева М.Ю.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан*

Цель. Изучение показателей нейрогуморальных факторов РААС у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших COVID-19.

Материал и методы исследования. Обследованы 150 больных I-III функциональным классом (ФК) ХСН, перенесших COVID-19. Всем пациентам определили уровень ренина (DRG, Германия), ангиотензина II (Spinreact, Испания) и альдостерона (Monocent, США) на иммуноферментном анализаторе “Humareader HS” (Human, Германия). Для оценки показателей нейрогуморальной системы у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) по данным эхокардиографии больные были разделены на 3 группы: I группу составили 106 больных ХСН с ФВЛЖ более 50%, II группу составили 31 больных ХСН с ФВЛЖ 49-40% и III группу составили 13 больных, имеющих ФВЛЖ менее 40%.

Результаты исследования. Анализ показателей нейрогуморальной системы при различной тяжести ХСН в зависимости от уровня ФВЛЖ показал, что уровень ренина в плазме крови значительно различалось у больных ХСН ФВЛЖ>50% и ФВЛЖ (49-40%) составило 26,61% ($p<0,001$). По мере нарастания тяжести ХСН в III группе больных со сниженной ФВЛЖ менее 40% отмечалась более выраженное нарастание данного показателя на 32,02% ($p<0,001$) по отношению к данным I группы ФВЛЖ>50%: значение ренина крови составило $71,43\pm 5,41$ МкМЕ/мл против $54,93\pm 1,07$ МкМЕ/мл (выше на 23,1%; $p<0,001$). Анализ уровня ангиотензина II показал нарастание данного параметра по мере усугубления тяжести ХСН. У больных с ФВЛЖ>50% данный показатель составил $70,83\pm 1,45$ пг/мл, в группе больных с ХСН ФВЛЖ (49-40%) ангиотензин II был выше на 28,79%, а в группе больных с ХСН ФВЛЖ менее 40% на 30,53% ($p<0,001$). У больных с ФВЛЖ более 50% уровень альдостерона крови составил

239,4±5,52пг/мл. В группе больных с промежуточным уровнем ФВЛЖ (49-40%) уровень альдостерона в плазме составил 330,03±6,51пг/мл, превышая значения больных I группы с ФВЛЖ>50% на 27,5% (p<0.001).

Выводы. Изучение нейрогуморальных факторов РААС у больных хронической сердечной недостаточностью, перенесших COVID-19 показало, что уровень нейрогуморальных факторов имеет прямую корреляционную связь с тяжестью заболевания и показателем ФВЛЖ.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПОСКОВИДНОГО СИНДРОМА

*Камилова У.К., Ермекбаева А.У., Хамраев А.А., Закирова Г.А., Нуриддинов Н.А.,
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Цель. Изучить особенности течения постковидного синдрома у реконвалесцентов COVID-19.

Материал и методы. Обследованы 220 больных, перенесших COVID-19. Было проанализировано течение постковидного периода. Средний возраст пациентов составлял 54,6±11,4 лет. Из них мужчины составляли 107 (48,6%) и женщины – 113 (51,4%).

Результаты. В постгоспитальном периоде многие пациенты продолжали предъявлять различные жалобы. Через 3 мес. наблюдения хотя бы 1 симптом сохранялся у 36,6% пациентов, а через 6 мес. наблюдения — у 25,7%. Самыми частыми симптомами, которые сохранялись у пациентов до 3-го и 6-го мес., были слабость - 70 (31,8%) и 51 (24,1%), а также одышка - 63 (28,6%) и 38 (17,9%). Эти симптомы наблюдались у каждого третьего пациента через 3 мес. и у каждого пятого через 6 мес. Обращало на себя внимание, что в первые 3 мес. многие пациенты - 40 (18,1%) предъявляли жалобы на подъемы артериального давления на фоне ранее эффективной антигипертензивной терапии, а также сердцебиение 26 (11,6%). Реже у пациентов длительно охранялись боли в груди и потеря вкуса и обоняния. По данным опроса, через 3 мес. после реконвалесценции COVID-19: 14,5% больных имели одышку при значительной физической нагрузке, 8,2% больных при обычной физической нагрузке, 5% больных при незначительной физической нагрузке, 1,4% больных в покое. Сохранение одышки через 6 мес. наиболее часто наблюдалось у больных с наличием сердечно-сосудистой патологии. Согласно анализу данных через 6 мес. одышка при значительной физической нагрузке сохранялась у 4,7% больных, при обычной физической нагрузке у 3,8% больных, при незначительной физической нагрузке у 2,3% пациентов, в покое у 0,5% больных. Среди пациентов с вновь возникшими заболеваниями через 3 и 4-6 мес. наблюдения преобладали пациенты с АГ, которая составила 5 (2,3%) и 6 (2,8%) в структуре “новых” заболеваний. Кроме того, возросла доля пациентов с “новой” ИБС за 4-6 мес. 1,4% по сравнению с 3 мес. 0,45%. За 4-6 мес. наблюдалось больше случаев ИМ, чем за первые 3 мес. Аналогичная динамика наблюдалась для новых случаев ХСН, которая была зарегистрирована у 0,9% в первые 3 мес. и у 1,4% за 4-6 мес.

Заключение. Постковидный период у реконвалесцентов COVID-19 характеризовался частой встречаемостью сердечно-сосудистых заболеваний.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Касымова С.А., Алиев Д.С., Каюмова Н.К., Хайдарова С.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра Неврологии*

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания – одна из ведущих причин заболеваемости, инвалидизации и смертности во всём мире. Согласно клинко – неврологической классификации сосудистых заболеваний головного мозга выделяют хроническую недостаточность мозгового кровообращения, которая обозначена как хроническая ишемия мозга (ХИМ). В зависимости от выраженности заболевания различают три стадии. Основным этиологическим фактором ХИМ является церебральный атеросклероз, в развитии которого большое значение имеет нарушение липидного обмена с повышением в крови холестерина и бета-липопротеидов.

Методы и материалы исследования: Под нашим наблюдением находилось 60 больных с ХИМ, в возрасте от 50 до 76 лет. Среди них 45 мужчин и 15 женщин. У 8 больных (1 группа), была выявлена 1 стадия, у 50 больных (2 группа) - 2 стадия, у 2 больных (3 группа) - 3 стадия заболевания. У 40 больных в анамнезе Атеросклероз сосудов головного мозга и Гипертоническая болезнь, у 10 больных – Ишемическая болезнь сердца и Гипертоническая болезнь, у 10 больных – Ишемическая болезнь сердца и Сахарный диабет. Ожирение

При исследовании неврологического статуса у всех больных выявлены очаговые неврологические симптомы разной степени выраженности: пирамидная, экстрапирамидная недостаточность, чувствительные расстройства, симптомы поражения черепно-мозговых нервов. Повышение сухожильных рефлексов, пирамидные патологические рефлексы. Определялись интенционный тремор, неустойчивость в позе Ромберга. У большинства больных отмечались вегетативно-трофические расстройства.

При проведении параклинических методов (УЗДГ, ЭЭГ, глазное дно) были выявлены самые различные отклонения. По данным глазного дна – сужение артерий, нарушение соотношений артерий и вен, при ультразвуковом исследовании были обнаружены атеросклеротические бляшки, окклюзирующие просвет сосудов.

При исследовании липидного обмена, у больных с Хронической ишемией мозга во все возрастные периоды, не зависимо от стадий заболевания, отмечалось повышенное содержание в крови общего холестерина. Из 60 больных у 35 больных составлял 6,2 ммоль\л, у 20 больных – 7,0 ммоль\л, у 5 больных - выше 7,5 ммоль\л. При исследовании липопротеидов отмечалось повышение их в крови почти в два раза. Коэффициент атерогенности составлял от 4,4 до 5,5 (при норме 1,0-1,8).

Результаты исследования: из наших наблюдений можно предположить, что гиперхолестеринемия является одним из наиболее ранних и постоянных признаков атеросклероза. Приведённые нами данные свидетельствуют о значительных нарушениях липидного обмена у больных с Хронической ишемией мозга и важности исследования у них липидного спектра. Коррекция нарушений липидного обмена у больных с данным заболеванием позволит расширить возможности патогенетической терапии сосудистых заболеваний головного мозга.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕМАНТИН ГИДРОХЛОРИД В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Касимова С.А., Рустамова И.К.

*Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра Неврологии*

Актуальность: Одним из самых опасных осложнений позвоночно-спинномозговых нарушений является спастический синдром. Под термином «спастичность» понимают стойкое патологическое повышение мышечного тонуса, обусловленное растормаживанием спинальных рефлексов с последующей гипервозбудимостью рефлекса на растяжение. У пациентов с различной неврологической патологией диапазон клинических проявлений спастичности колеблется в широких пределах – от локальных болезненных мышечных спазмов до распространённых поражений, сопровождающих геми- и парапарезы. Спастичность обычно значительно усугубляет паретические проявления, существенно снижая двигательную активность пациентов. Кроме того локальные мышечные спазмы часто являются источником мучительных болевых ощущений, при этом имеется тенденция к хронизации боли, что приводит к дальнейшему снижению функциональных возможностей больных; при этом существенно страдает качество жизни. Учитывая тот факт, что спастичность является клиническим проявлением самой разнообразной патологии, становится ясной актуальность изучения патофизиологии разработки методов лечения данного клинического синдрома.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность препарата Мемантина гидрохлорид, в лечении спастического синдрома при миелопатиях.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 30 больных с миелопатией вертеброгенной этиологии в возрасте от 26 до 40 лет. Из них 12 больных с цервикальной миелопатией, 18 больных с торакальной миелопатией. Всем больным диагноз был подтверждён анализом анамнестических, клинических данных неврологического исследования, данными исследования КТ и МРТ, рентгенологических обследований. У всех пациентов в клинике болезни был выявлен неврологический дефицит: цервикальная миелопатия протекала тетрапарезом, преимущественно в ногах, нарушением функции тазовых органов по типу задержки мочи. Больные были разделены на две группы: первой группе больных на фоне комплексной терапии был назначен препарат Мемантин по схеме. Вторая группа больных на фоне комплексной терапии были назначены миорелоксанты, в частности, релакса 8мг по 1 таблетке 2 раза в день в течении месяца. Схема препарата Мемантин 10 мг предусматривала титрование дозы: первая неделя по 1/4 таблетке 1 раз. Вторая неделя 1/4 таблетке 2 раза. Третья неделя – 1/2 таблетки 3 раза в день. Четвёртая неделя 1 таблетка 2 раза в день.

Результаты исследования: Сравнение обеих групп выявило значимые отличия по некоторым показателям от исходного состояния больных. Эффективность препарата оценивалась на 10 день от начала приёма. Группа пациентов, получавшая препарат Мемантин, отмечала эффект уже на 5 день, который заключался в снижении болевого синдрома, увеличение объёма активных движений, восстановления функции тазовых органов. Группа пациентов, получавших препарат Релакса отмечала положительную динамику на 8-9 день. Больные отмечали уменьшение стягивающих болей в ногах, незначительное увеличение объёма движений, функция тазовых органов не восстановилась.

Выводы: Спастический синдром существенно ограничивает двигательную активность. Наличие спастичности при миелопатиях утяжеляет и ухудшает прогноз заболевания и качество жизни, ограничивает пациента к самообслуживанию. При

применение препарата Мемантин наблюдалось существенное уменьшение выраженности спастического синдрома, расширение двигательных возможностей пациентов, что отразилось на качестве жизни пациентов.

НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

*Касымова С.А., Атаханова Д.А., Рустамова И.К., Тухтасинова М.Ш.
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 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 40 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, 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 Флуоксетин 20мг, по одной капсуле утром, днём 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. Отмечали некоторое улучшение настроения, появление интереса к чтению книг, просмотра видеofilмов.

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 лечении постковидной депрессии.

ГЕРОНТОЛОГИК ЁШДА БЎЛГАН ФАРҶОНА ВОДИЙСИ АХОЛИСИДА ГЛАУКОМАНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ВА ЭТНИК МАХАЛЛИЙ ЖИХАТЛАРИ

*Каюмов У.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – геронтологик ёшда бўлган Фарғона водийси аҳолисида (ГЁП) глаукоманинг тиббий-ижтимоий ва этник маҳаллий жихатларини аниқлаш ҳамда баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. 266 нафар ГЁП проспектив эпидемиологик тадқиқотда скринингли, инструменталь, биохимик ва махсус офтальмологик усуллардан фойдаланиб текширилди. Текширувга 14.00.43-профилактик тиббиёт ихтисослиги бўйича махсус тайёрланган (сертификати бор) изланувчи-тадқиқотчилар жалб қилинди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. Маълумотлилиқ даражаси бўйича ёки унга боғлиқ бўлиб жами глаукомани тарқалиши частотаси эркак ва аёлларда қуйидагича тасдиқланади: 2015йили-22,2 ва 77,8 фоиз($p<0,001$) ва 40,0 ва 8,1 фоиздан ($p<0,001$), 2016 йили 11,1 ва 14,9 фоиз ($p>0,05$) ва 4,3 ва 19,1фоиздан ($p<0,001$), 2017 йил-6,9 ва 11,8 фоиз($p <0,05$) ва 8,5 ва 19,1фоиздан ($p<0,01$), 2018йил-17,2 ва 11,8 фоиз($p<0,05$) ва 5,3 ва 15,5 фоиздан ($p<0,001$)-олий ва ўрта маълумотлиларда мувофиқ тафовут билан. Турли йилларда глаукома преваленси 3 баробардан зиёд частотали фарқ билан ўрта маълумотли контингентда тасдиқланади ($p<0.001$). Шахарлик аҳоли популяциясида жами глаукома қишлоқлик аҳоли популяциясига қиёсан то салкам 9 баробарга етиб фарқ билан кам тасдиқланади ($p<0,0001$). Турли йилларда эркаклар ва геронтологик ёшдаги аёлларда, сахар ва қишлоқда яшовчиларда-мувофиқ бўлиб жами глаукомани тарқалиши частотаси қуйидаги тавсиф билан тасдиқланди: 2015 йили-11,1 ва 88,9 фоиздан ($p>0,001$) ҳамда 25,0 ва 75,0 фоиздан ($p<0,001$), 2016йили-19,4 ва 80,6 фоиз ($p<0,001$) ҳамда 19,4 ва 80,6 фоиздан ($p<0,001$), 2017йили-10,3 ва 89,7 фоиздан ($p<0,001$) ҳамда 25,5 ва 74,5 фоиздан($p<0.001$), 2018 йилда-13,3 ва 86,7 фоиздан ҳамда 12,8 ва 87,2 фоиздан($p<0,001$).

ГЕРОНТ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИСИДА ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИГА ОИД ЯНГИ ИЛМИЙ НАТИЖАЛАР (проспектив мониторинг)

*Каюмов У.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – геронт аҳоли популяциясида глаукоманинг эпидемиологик кўрсаткичларини кўп йиллик тавсифи ва гендерли хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. Проспектив эпидемиологик мониторинг 266та популяция жалб қилиниб (113та-эркаклар ва 153та аёллар) амалга оширилди.Геронтологик гуруҳга мансуб ушбу контингент комплекс текширилди ва тадқиқотда сўровномали, инструменталь ва биохимик, стандартизацияланган ва унифицирланган усуллар қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва мушоҳидаси. Олинган натижалардан аён бўлдики, охириги 4 йил давомида Фарғона водийси шароитида геронт аҳоли популяциясида

глаукома билан касалланиш барқарор ўсиш тенденциясига эга бўлган. Сезиларли ўсиш тенденцияси эркаку-аёлларда бирдай 2016 ва 2017 йилларда кузатилади. Текширувнинг охирги йилидан (2018й) бошлаб касалликнинг тарқалиши частотаси-эркакларда статистик ишончсиз (11,84фоиздан 8,98 фоизгача, яъни 2,86 фоизга камайиш билан, $P>0,05$) ва аёлларда бўлса сезиларли даражада (19,18 фоиздан 10,61 фоизгача, яъни 8,7 фоизгача камайиш билан, $P<0,05$) пасайиш билан қайд қилинади. Турли йилларда эркаклар ва аёллар популяциясида глаукоманинг тарқалиш частотаси фарқланиб қуйидагича аниқланади: 2015 йилда-7,35 ва 8,16 фоиздан ($P>0,05$), 2016 йилда-14,69 ва 19,18 фоиздан ($P<0,05$), 2017 йили-11,84 ва 19,18 фоиздан ($P<0,05$), 2018 йили-8,98 ва 10,61 фоиздан ($P>0,05$).

Хулоса қилиш мумкин-ки жами глаукома улуғ ёшдаги водий аҳолисида аёлларда кўпроқ тарқалган ва бундай тенденция 4 йиллик проспектив эпидемиологик мониторингда тўлиқ тасдиқланади.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСО БЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ГОРОДЕ АНДИЖАНЕ

*Китъян С.А., Узбекова Н.Р., Бадалбаева Н.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), несмотря на все достижения в лечении, остается актуальной проблемой современной медицины. Высокая распространенность, неблагоприятный прогноз приводящий к летальности являются факторами ориентирующими на более оптимизированные специфичные подходы к профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Показатели, как зарубежных, так и отечественных эпидемиологических исследований указывают на рост встречаемости ХСН среди больных сердечно – сосудистой патологией, в первую очередь ишемической болезнью сердца (ИБС). Данные Фремингемского исследования позволяют нам увидеть уровень распространенность ХСН в с 1 % у лиц 50–59 лет и до 10 % у лиц 80–89 лет. По результатам исследований Европейского общества кардиологов (ЕОК), на каждые 900 млн человек приходится 10 млн страдающих ХСН. У многих пациентов при этом отмечается сохранная функция левого желудочка.. Средняя 5-летняя смертность, по данным Фремингемского исследования, среди всех больных ХСН, составляет 65 % у мужчин и 47 % у женщин.

Цель исследования. Изучить распространенность хронической сердечной недостаточности методом ретроспективного анализа историй болезни отделения кардиологий клиник Андижанского государственного медицинского института (АГМИ)

Материалы и методы исследования. За апрель – март 2021 года был проведен ретроспективный анализ 91 амбулаторных карт пациентов обоого пола старше 18 лет с сердечно-сосудистой патологией: артериальная гипертония (АГ) и/или хронической ИБС).

Полученные результаты. Среди проанализированных карт, вышло 22 карты принадлежащие пациентам мужского пола и 69 женщинам. Средний возраст мужчин составил 63 ± 7 лет, женщин — 57 ± 10 лет. Основным диагнозом у всех больных была ИБС, у 25 больных из них , с фоновой АГ. ХСН различных степеней тяжести была диагностирована у 100 % пациентов. Среди всех пациентов с ХСН низкая фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ХСНнФВ) отмечена у 2 (2%), с промежуточными показатели ФВ ЛЖ (ХСНпФВ) — у 15 (16%), с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ) — у 74 (81%). Фракцию выброса определяли по данным ЭхоКГ. Низкая ФВ определялась при показателях ниже 39%, в интервале от 40% до 49% — как

промежуточная, 50% и более — как сохранная. Подтверждение диагноза ХСН включал: данные анамнеза, объективного обследования, ЭКГ, рентгенографию и ЭхоКГ, при этом методом расчета ФВ ЛЖ было правило Симпсона.

Изменения на ЭКГ были неспецифичны, включали в себя гипертрофию левого желудочка, нарушения ритма, изменения сегмента S –T, наличие рубцовых изменений. Основным методом, подтверждающим ХСН, явилась двухмерная ЭхоКГ с доплеровским анализом.

Выводы . Полученные данные позволяют предположить, что основную группу пациентов, страдающих АГ, ИБС и осложненные ХСН, составляют лица пожилого возраста от 57 до 63 лет, с небольшим преобладанием больных мужского пола. Более значимым методом в постановке диагноза ХСН явился метод двухмерной ЭхоКГ с доплерометрическим исследованием. Количество больных ХСН с сохранной функцией заметно преобладало над остальными.

КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ С УРОВНЕМ КОРТИЗОЛА В КРОВИ

*Клычева Р. И., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель исследования. Эпилепсия остается одним из тяжелых заболеваний нервной системы. Увеличение числа молодых людей в общей популяции и трудности в связи с когнитивными нарушениями у них становится глобальной проблемой всего человечества, а именно медико-социальных служб. Именно состояние высших психических функций в конечном итоге определяет качество жизни больных эпилепсией и является критерием эффективности терапии. Целью данного исследования явилось оценить уровень гормона кортизола в крови и развитие когнитивных нарушений при различных формах эпилепсии.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование было проведено в отделениях 1, 2, 3 неврологии клиники Андижанского Государственного медицинского института. Было обследовано 32 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу входили 12 пациентов с генерализованной формой эпилепсии; вторую группу составили 10 пациентов с фокальной формой эпилепсии; третью группу в качестве контроля составили 10 пациентов без эпилепсии и когнитивных нарушений. Пациентам из всех групп был проведен клиничко-неврологический осмотр, оценка когнитивных функций по следующим шкалам: шкала MMSE, тест FAB и MoCA – тест. Всем пациентам было проведено исследование крови на уровень гормона кортизола.

Результаты и обсуждение.

Исследование показало, что в первой группе средний балл по шкале MMSE составил - 15,9 баллов, данные по тестам FAB - 7,9 балла, средний балл по MoCA-тест – 11,6 балла.

Во второй группе данные исследований по шкале MMSE показали в среднем – 25,1 баллов, данные по тестам FAB- 13 баллов, средний балл по MoCA-тест – 17,25 балла.

В третьей группе контроля средний балл по всем шкалам показал отсутствие когнитивных нарушений. В частности: по шкале MMSE средний балл составил - 29 баллов, по шкале FAB - 17,1 балла, средний балл по MoCA-тест – 26,6 балла, Кортизол – он же гидрокортизон, или 17-оксикортикостерон, или соединение F — гормон, производимый корой надпочечников. Эти парные эндокринные железы, прилегающие к почкам и проецирующиеся на уровне шестого–седьмого грудного позвонка, вырабатывают кортизол при содействии адренкортикотропного гормона.

Утренняя норма кортизола в пределах 101,2–535,7 нмоль/л, вечерняя — 79,0–477,8 нмоль/л. От пола и возраста уровень кортизола практически не зависит. Данные исследования уровня гормона кортизол показали следующие результаты: в первой группе с генерализованной эпилепсией средний уровень составил – 630 нмоль/л, во второй группе – 580 нмоль/л, в третьей группе – 420 нмоль/л.

Вывод. Проведенные исследования выявили в крови пациентов с генерализованной формой эпилепсии наибольший уровень гормона кортизола, во второй группе результат оказался чуть ниже и самый меньший уровень содержания гормона оказался в крови у здоровых пациентов без когнитивных нарушений. Данное исследование позволяет нам сделать вывод, что существует некая корреляция между уровнем гормона кортизола и развитием когнитивных нарушений. Повышение уровня гормона кортизол способствует снижению кратковременной и долговременной памяти, внимания, снижению способностей к вычислению и других когнитивных функций. Таким образом, зная, что пациенты с высоким уровнем гормона кортизола более подвержены развитию когнитивных нарушений, мы можем помочь пациенту предупредить или отсрочить развитие когнитивного дефицита, применяя медикаментозную терапию, а также различные методики немедикаментозной тренировки памяти, внимания, интеллекта и других высших психических функций.

ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ С НЕКОТОРЫМИ АССОЦИИРОВАННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

В условиях г.Андижан с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

При формировании выборки, проведении эпидемиологического мониторинга, выявлении факторов риска (ФР) и диагностике хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), а также ВИЧ-инфекции применялись стандартизованные и унифицированные методы.

Результаты анализа показали, с ХОБЛ туберкулез легких у женщин репродуктивного возраста сочетается у 12,3% ($P < 0,01$). Сочетаемость ХОБЛ с инфекциями дыхательных путей выявлено с частотой – 57,3% ($P < 0,001$). Вирусные гепатиты В и С – 7,3%. Сравнительно более редко (3,9%) встречалось сочетание ХОБЛ с опухолями легких – 1,2% случаев, $P > 0,05$). Эндокринные нарушения имели места в сочетании с ХОБЛ – у 6,1% ($P < 0,001$). Частота сочетаемости инфекции передаваемые половым путем и ХОБЛ наблюдалась у 7,3% ($P < 0,05$). У больных ХОБЛ аллергические болезни отмечены – 7,3%. Сочетание ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями встречались среди обследованных женщин в 3,6% случаев.

Гломерулярные патологии (в основном гломерулонефрит) в сочетании с ХОБЛ встречались с частотой – 67,0%. Сочетание сифилиса и ХОБЛ отмечалось – 4,8%.

Таким образом, результаты данного анализа показывают в большинстве своем наличием прямой связи факторов риска и патологических ассоциированных состояний с риском развития ХОБЛ у ВИЧ-инфицированной популяции. Риск

развития ХОБЛ возрастает при наличии множественных нелипидных и липидных факторов риска на фоне ВИЧ-инфекции более чем в 23 раза.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

В условиях г.Андижан с использованием комплексного метода отбора в течение 2008-2009 годы обследованы 244 больных женщин ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Эпидемиологический мониторинг хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) и их факторов риска осуществлялся с применением общепринятых и стандартизованных методов, рекомендованных ВОЗом (1996): опросных, инструментальных и биохимических.

Встречаемость клинических симптомов и синдромов у женщин и мужчин существенно разнятся, сравнительно тяжелое течение и высокая частота выявляемости признаков ХОБЛ отмечается среди ВИЧ-инфицированных мужчин.

Так, частота отдельных симптомов и синдромов ХОБЛ у женщин репродуктивного возраста ВИЧ-инфицированных 20-69 лет установлены следующим образом соответственно: хронический кашель – 31,3% ($P < 0,05$), хроническая продукция мокроты – 43,4% ($P > 0,05$), одышка – 32,3% ($P > 0,05$), выраженный цианоз – 41,4% ($P < 0,05$), дыхательная недостаточность – 15,2% ($P > 0,05$), легочное сердце – 41,4% ($P < 0,05$), сочетание ХОБЛ с БА – 0,5% и снижение ОФВ₁/ЖЕЛ – 33,4% ($P < 0,05$).

У женщин репродуктивного возраста другие основные симптомы и синдромы ХОБЛ также наблюдались с разницей в показателях выявляемости. Индекс курящего ≥ 10 пачка-лет отмечено у 2,0% больных женщин с ХОБЛ ($P < 0,001$), эмфизематозная форма ХОБЛ – 2,5% ($P < 0,01$), бронхитическая форма ХОБЛ – 39,8% ($P < 0,05$), снижение массы тела – 29,1% ($P < 0,05$), головная боль по утрам – 2,5% ($P < 0,05$) и нарушение сна – 3,5% ($P < 0,05$).

У женщин репродуктивного возраста ВИЧ-инфицированных ХОБЛ проявилась частыми эпизодами в течение года ОРВИ – 3,0% ($P > 0,05$), хроническим субфебрилитетом – 15,7% случаев ($P < 0,05$), стоматитами – 9,6% случаев ($P < 0,05$), дерматитами – 9,1% ($P < 0,05$), аллергическими болезнями – 2,5% ($P > 0,05$), опоясывающим лишаем – 4,0% ($P > 0,05$), гепатитами В и С – 8,1%, гломерулонефритом – 8,1% ($P > 0,05$) и неврологическими расстройствами – 24,2% случаев ($P < 0,05$).

Лабораторные показатели характеризовались более выраженными патологическими сдвигами у 29,8% женщин ВИЧ-инфицированных с ХОБЛ ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных женщин ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции отмечаются значительное изменение течения заболевания и высокая встречаемость легочных (41,4% женщин) и внелегочных симптомов (35,4% женщин). Должен привлечь внимание практикующих врачей научный факт о том, что более чем в 2/3 случаев ХОБЛ у ВИЧ-инфицированных протекает или утяжеляется на фоне инфекционного синдрома (у 28,3% женщин, $P < 0,05$), аллергического синдрома (у 15,7% женщин, $P < 0,05$) и аутоиммунного синдрома (у 36,9% женщин, $P < 0,05$).

Приведенные данные указывают на необходимость постоянного клинического мониторинга этих клинических симптомов и синдромов у больных ХОБЛ с ВИЧ-инфекцией и целесообразность назначения соответствующих препаратов.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ДИСТОНИИ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Кодиров Ж.Ш., Рахматуллаева Н.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Болезнь Паркинсона – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, обусловленное дегенерацией дофамин–содержащих пигментных нейронов черной субстанции и характеризующееся нарушением функции базальных ганглиев. Как показывают результаты многочисленных эпидемиологических исследований, с возрастом частота болезни Паркинсона в популяции неуклонно увеличивается.

Так, в возрастной группе до 65 лет она составляет около 1%, от 65 до 75 лет – 2% и, наконец, у лиц старше 75 лет болезнь Паркинсона встречается с частотой 3–4%. Можно заключить, что в связи с общемировой тенденцией к постепенному постарению населения актуальность данной проблемы в будущем будет постоянно возрастать.

Цель исследования. На основе изучения клинических особенностей заболевания, наличия характерных немоторных симптомов и проведения кластерного анализа обосновать выделение клинических подтипов болезни Паркинсона, разработать дифференцированный подход к ведению различных форм заболевания.

Материалы и методы исследования. Нарушение вегетативной регуляции сердца при болезни Паркинсона, проявляющееся изменением интегративного показателя variability сердечного ритма, связано с возрастом, длительностью и стадией заболевания. Снижение variability сердечного ритма при болезни Паркинсона быстро прогрессирует в первые 3 года, стабилизация общей variability сердечного ритма происходит через 5–7 лет от начала болезни.

При болезни Паркинсона в 25 % развивается дисфункция синусового узла вследствие вегетативной денервации сердца. Снижение variability сердечного ритма не сопровождается синдромом хронотропной некомпетентности, что свидетельствует о регуляторном характере дисфункции синусового узла.

При анализе variability сердечного ритма при болезни Паркинсона необходимо учитывать влияние приема леводопы/карбидопы на ритмокардиограмму. При относительной сохранности вегетативной иннервации сердца во время приема дофаминергического препарата может наблюдаться симпатоподобное действие. Медикаментозная проба с леводопой/карбидопой выявляет нарушение симпатической иннервации сердца. При автономной кардионевропатии на пике дозы препарата может проявиться дисфункция синусового узла.

При непосредственной стимуляции субталамических ядер через установленные внутримозговые электроды на ритмокардиограмме увеличивается мощность волн высокой и низкой частоты, вследствие чего уменьшается доля волн очень низкой частоты, что свидетельствует в пользу того, что 1-волны очень низкой частоты не связаны с надсегментарными вегетативными влияниями. Глубинная стимуляция субталамических ядер мозга может вызвать дисфункцию синусового узла. Изменение показателей ритмокардиограммы при включении нейростимулятора не соотносится с клиническим улучшением.

Для болезни Паркинсона характерны нейродинамические расстройства высших психических функций; они выражены умеренно и сочетаются с первичными корковыми нарушениями. Различия в состоянии высших психических функций при подтипах болезни Паркинсона с ранним и поздним началом носят преимущественно количественный характер.

Немоторные проявления болезни Паркинсона (вегетативные, когнитивные, аффективные нарушения) не могут являться критерием постановки этиологического диагноза. Шкала MDS-UPDRS выявляет основные немоторные проявления болезни Паркинсона, некорректные данные могут быть получены при выявлении синдрома дофаминовой дисрегуляции.

При болезни Паркинсона можно выделить особую группу больных со «сверхчувствительностью» к препаратам леводопы, основными критериями которой являются раннее развитие флюктуаций (моторных и немоторных), лекарственные дискинезии на низкой дозе, что приводит к отказу пациентов от приема препарата, а также наличие реакции на звуковую подсказку.

Использование кластерного анализа дает возможность уточнить возраст появления двигательных симптомов, который разграничивает клинические подтипы болезни Паркинсона. Он составляет около 60 лет.

По данным исследования можно выделить следующие подтипы болезни Паркинсона: с ранним началом и выраженными двигательными нарушениями, с ранним началом и немоторными нарушениями, с поздним началом и выраженными двигательными нарушениями, с поздним началом и немоторными нарушениями.

Вегетативные расстройства при болезни Паркинсона следует рассматривать в качестве ведущего немоторного синдрома, определяющего подтип болезни Паркинсона при раннем и позднем начале болезни. При четвертом подтипе (позднее начало) вегетативные нарушения выражены в большей степени: регистрируется автономная кардионевропатия с критическим значением показателей вариабельности сердечного ритма.

Транскраниальная сонография может быть использована в качестве высокочувствительного диагностического метода при всех подтипах идиопатической болезни Паркинсона, включая болезнь Паркинсона с ранним началом. Результат обследования следует трактовать как положительный в случае обнаружения гиперэхогенных зон в области среднего мозга площадью более 0,2 см².

Вывод. Разработаны рекомендации для врачей общей практики поликлинического звена по улучшению первичной диагностики БП.

Представлены особенности диагностики паркинсонизма с ранним началом. На основе полученных данных анализа вариабельности ритма сердца предложены критерии диагностики вегетативных расстройств у пациентов с БП, обоснована необходимость учета наличия дисфункции синусового узла при ведении больных.

Проведенное исследование позволит учитывать немоторные проявления БП при рассмотрении рекомендаций по хирургическому лечению и ведению больных с имплантированными нейростимуляторами. Разработка клинических подтипов БП дает возможность индивидуализировать подход к лечению заболевания.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА И РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ

Кодиров Ж.Ш., Рахматуллаева Н.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) – нейродегенеративное заболевание, которое, помимо классических двигательных нарушений, манифестирует комплексом других проявлений, включая вегетативные и когнитивные синдромы.

Некоторые из этих синдромов связаны с дофаминергической системой, некоторые – с другими медиаторами, что отражает более широкое распространение патологического процесса.

Морфологическим субстратом болезни является синуклеинопатия в специфических нейрональных образованиях. Однако данная теория не объясняет всего многообразия течения БП.

Цель исследования. На основе изучения клинических особенностей заболевания, наличия характерных немоторных симптомов и проведения кластерного анализа обосновать выделение клинических подтипов болезни Паркинсона, разработать дифференцированный подход к ведению различных форм заболевания.

Материалы и методы исследования. Клинический материал, послуживший основой настоящей работы, включает результаты обследования 68 человек с синдромом паркинсонизма, из них 39 с БП. Подбор больных осуществлялся на амбулаторном приеме невролога. Группа контроля соответствовала группе исследования по полу и возрасту и составила 29 здоровых лиц.

Нарушение вегетативной регуляции сердца при болезни Паркинсона, проявляющееся изменением интегративного показателя вариабельности сердечного ритма, связано с возрастом, длительностью и стадией заболевания. Снижение вариабельности сердечного ритма при болезни Паркинсона быстро прогрессирует в первые 3 года, стабилизация общей вариабельности сердечного ритма происходит через 5–7 лет от начала болезни.

Для болезни Паркинсона характерны нейродинамические расстройства высших психических функций; они выражены умеренно и сочетаются с первичными корковыми нарушениями. Различия в состоянии высших психических функций при подтипах болезни Паркинсона с ранним и поздним началом носят преимущественно количественный характер.

Немоторные проявления болезни Паркинсона (вегетативные, когнитивные, аффективные нарушения) не могут являться критерием постановки этиологического диагноза. Шкала MDS-UPDRS выявляет основные немоторные проявления болезни Паркинсона, некорректные данные могут быть получены при выявлении синдрома дофаминовой дисрегуляции.

При болезни Паркинсона можно выделить особую группу больных со «сверхчувствительностью» к препаратам леводопы, основными критериями которой являются раннее развитие флюктуаций (моторных и немоторных), лекарственные дискинезии на низкой дозе, что приводит к отказу пациентов от приема препарата, а также наличие реакции на звуковую подсказку.

Использование кластерного анализа дает возможность уточнить возраст появления двигательных симптомов, который разграничивает клинические подтипы болезни Паркинсона. Он составляет около 60 лет.

По данным исследования можно выделить следующие подтипы болезни Паркинсона: с ранним началом и выраженными двигательными нарушениями, с ранним началом и немоторными нарушениями, с поздним началом и выраженными двигательными нарушениями, с поздним началом и немоторными нарушениями.

Вегетативные расстройства при болезни Паркинсона следует рассматривать в качестве ведущего немоторного синдрома, определяющего подтип болезни Паркинсона при раннем и позднем начале болезни. При четвертом подтипе (позднее начало) вегетативные нарушения выражены в большей степени: регистрируется автономная кардионевропатия с критическим значением показателей вариабельности сердечного ритма.

Транскраниальная сонография может быть использована в качестве высокочувствительного диагностического метода при всех подтипах идиопатической болезни Паркинсона, включая болезнь Паркинсона с ранним началом. Результат обследования следует трактовать как положительный в случае обнаружения гиперэхогенных зон в области среднего мозга площадью более 0,2 см².

Вывод. Проведенное исследование позволит учитывать немоторные проявления БП при рассмотрении рекомендаций по хирургическому лечению и ведению больных с имплантированными нейростимуляторами. Разработка клинических подтипов БП дает возможность индивидуализировать подход к лечению заболевания.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ВРАЧЕЙ

Кодырбаева Ф.Р.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при
МЗ РУз*

Актуальность. Растущее бремя неинфекционных заболеваний представляет собой одну из самых больших опасностей для здоровья человечества. Осознание этой угрозы привело ВОЗ к необходимости повысить приоритетность программ по профилактике, контролю и мониторингу распространения неинфекционных заболеваний. Система мониторинга предполагает непрерывность сбора данных, что позволяет совершенствовать процесс принятия стратегических решений, разрабатывать программы действий в области общественного здравоохранения и пропаганды здорового образа жизни.

Цель. Выявить факторы риска неинфекционных заболеваний среди врачей и их отношение к своему здоровью.

Материалы и методы. Проводилась комплексная оценка уровня здоровья врачей с использованием анкет. Всего было обследовано 50 врачей из разных поликлиник. Возраст респондентов 39-67 года. Для целей исследования изучались анамнез, образ жизни, состояние основных жизнеобеспечивающих систем (уровень физического состояния - УФС), физическое развитие организма и уровень когнитивного расстройства с использованием теста мини-ког.

Результаты. Было выявлено, что 58% врачей с имеющимися у них заболеваниями не проходили полное обследование и не лечились амбулаторно и, причем более половины из них имеют стаж работы свыше 20 лет. 50% врачей ответили, что не заботятся о своем здоровье, и только 19% делают зарядку. Среди заболеваний у врачей на первом месте – болезни сердца и сосудов 53%, сахарный диабет 2 – го типа у 7,6%, в основном это врачи со стажем более 10 лет; нарушения опорно-двигательного аппарата – у 47%; у 42% частые головные боли, 58% испытывают чувство усталости и утомления. При ответе на вопрос, что вам мешает заняться своим здоровьем, 72% отметили недостаток времени и лишь 6% – отсутствие силы воли. Так, 72,9% обследованных - потребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день; 13,2% - имеют низкую физическую активность; 60,6% - имеют избыточную массу тела; 25,4% - страдают ожирением, при этом висцеральное ожирение отмечено у 63,5% женщин; 44,9% - имеют повышенное артериальное давление; 7,6% - имеют повышенный уровень глюкозы в крови. Анализ результатов исследования показал, (33,7%) женщин в возрасте 39-67 лет имеют три и более поведенческих фактора риска не инфекционных заболеваний. В старших возрастных группах количество врачей с высоким риском развития неинфекционных заболеваний увеличивается почти вдвое. Быстрые углеводы присутствуют в избытке в рационе опрошенных врачей: 34,8% потребляют шесть и более кусков сахара или других сладостей в день. Среди врачей употребляют чистую воду до 500 мл в сутки 24,3% опрошенных, 500-1000 мл - 42,9%. Треть респондентов указали, что используют в качестве питья несколько раз в неделю сладкие газированные напитки и пакетированные соки. Обследование показало, что врачи имеют низкие показатели физической активности. Только 21,4% респондентов ежедневно тратят на ходьбу в умеренном или быстром темпе 30 минут. Ежедневно делают зарядку по утрам 11,5%.

Более половины врачей имеют отягощенный генеалогический анамнез по неинфекционным заболеваниям, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы. Оценка результатов исследования когнитивных функций показала, что 50% врачам рекомендуется когнитивный тренинг.

Вывод. Таким образом прежде всего, необходимо проводить мероприятия по формированию здорового образа жизни и ответственного отношения к собственному здоровью, проводить оценку результативности в виде мониторинга здоровья.

ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Козимжонова И.Ф., Аграновский М.Л., Аскарлова К.И., Муминов Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества.

По данным ВОЗ уровень самоубийств в мире за последние 45 лет вырос на 60 %. Наиболее высоким суицидальным риском характеризуется население Восточной Европы (ВОЗ, 2002, 2003), где уровень самоубийств варьируется от 3,8 до 40 на 100 000 населения.

Согласно современным представлениям, в генезе суицидального поведения участвует совокупность различных факторов - биологических, личностно-психологических, социально-средовых, этнокультуральных, стрессовых, психопатологических, что позволяет считать суицидологию мультидисциплинарной областью знаний

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение закономерностей формирования и динамики развития суицидального поведения, обусловленного психическими расстройствами, анализ особенностей оказания суицидологической помощи и разработка эффективных лечебно-профилактических и психосоциальных мероприятий для предупреждения самоубийств.

Материалы и методы исследования. Материалом данного исследования послужили 500 человек, совершивших суицидальные попытки, и госпитализированных по этому поводу в крупный психиатрический стационар г. Андижана.

Для решения поставленных задач будут обследованы лица, находившиеся после суицидальной попытки в токсикологическом, нейро-реанимационном и ожоговом отделениях Андижанского филиала РЦЭМ, а также по данным архивные данные судебно-медицинских освидетельствований.

Результаты исследования. Изучение характеристик суицидальных попыток позволяет оценить серьезность суицидального акта, степень суицидального риска, прогнозировать динамику течения суицидального поведения.

Среди способов СП преобладали само-ранения (39,1%), характерные для мужчин и самоотравления (33,4%), типичные для женщин. Реже встречались самоповешения (19,9%), падения с высоты (5,1%), само-утопления (1,9%).

Самоотравления чаще встречались в 26-30 лет (23,6%), само-повешения - в 31-35 лет (23,8%), само-ранения в 16-20 лет (17,7%) и 21-25 лет 25,7%), падения с высоты - в 56-60 (38,9%) и 16-20 лет (27,8%), само-утопления в равных долях представлены в 16-20 и 56-60 лет.

У больных с органическим поражением головного мозга и расстройствах личности преобладали само-ранения (81,8 и 47,3%), при аффективных и невротических расстройствах - самоотравления (44,4 и 43,1%, соответственно). При шизофрении

обнаруживался весь спектр изучаемых способов СП, с преобладанием само-ранений (25,0%) и самоотравлений (21,7%).

В группе ГСП преобладали само-ранения (47,3%). Вдвое реже встречались самоотравления (24,6%) и само-повешения (21,1%). В группе ГНС преобладали самоотравления (43,3%) и само-ранения (30,0%), нередко проникающего и огнестрельного характера (9,7%). При само-повешениях (18,7%), у большей части пациентов, требовалось проведение реанимационных мероприятий.

Изучение особенностей пре-суицидального периода у лиц, страдающих психическими расстройствами, показало:

Пре-суицидальный период преимущественно носил аффективно напряженный характер (90,2%) и чаще встречался у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, органическим поражением головного мозга. Аффективно-редуцированный вариант пре-суицида (9,8%) регистрировался у суицидентов с эндогенной психической патологией.

Выявленное преобладание хронического пре-суицидального периода (58,4%>), против острого (38,5%) и подострого (3,1%) течения свидетельствует о недостаточной профилактике суицидального поведения, тем более что 34,3% суицидентов обращались за помощью к психиатру в течение года накануне совершения СП.

В пре-суицидальном периоде у всех суицидентов отмечались анти-витальные переживания, осознанное желание совершить СП и утрата роли анти-суицидальных факторов.

В отличие от группы ГСП, в группе ГНС преобладали: нежелание жить (40,6% против 10,5%>), непринятие мер к сохранению жизни (47,8% и 15,8%), выраженное желание совершить СП (92,1% и 59,6%), неотступное желание смерти (36,3% и 19,3%»), охваченность суицидальными идеями (53,6% и 19,3%), желание положить конец своим страданиям (53,6% и 15,8%).

В группе ГСП чаще не прогнозировался исход суицидальных действий (11,2%, против 47,8%) в группе ГНС), сохранялся контроль над суицидальными мыслями (40,4% и 72,5%), преобладали избегание и манипуляция (78,9% и 46,4%), отмечалось восприятие сдерживающих от СП обстоятельств (15,9%, и 84,1%).

При низком суицидальном риске предпочтительно назначение атипичных антипсихотиков, селективных антидепрессантов с умеренным тимоаналептическим действием, минимальным количеством нежелательных лекарственных явлений, не требующие титрации доз, без выраженного седативного и анксиолитического эффектов.

Вывод. Полученные данные доказали важность учета комплекса анамнестических сведений, социальных условий, личностных характеристик, что позволяет наряду с клиническими особенностями определять риск развития суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПУБЕРТАТНОМ КРИЗЕ

*Козимжонов И.Ф., 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 клинико-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 моно-морфная (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%).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХИХ ПЯТЕН КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ВИЧ В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Кораяев Б.Б., Зайнигабдинова М.Х., Алимов М.А., Ходжиматова Г.М.,
Каюмов А.М., Юнусов М.М.*

Андижанский Государственный медицинский институт

Несмотря на огромные усилия, используемые в борьбе с ВИЧ, эпидемия продолжает развиваться и количество ВИЧ-инфицированных устойчиво возрастает. По литературным данным, в случае отсутствия любых действий по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку, к концу грудного вскармливания заражается около 40% детей. В случае использования необходимых процедур (курс АРВ-терапии перед предполагаемыми родами, проведение кесарева сечения и исключение грудного вскармливания) вероятность заражения удаётся снизить до 2%. Однако в любом случае в первый год жизни ребенка необходимо установить произошло ли инфицирование. Наиболее широко используемым и надёжным методом в данном случае является метод ПЦР для обнаружения ДНК ВИЧ в крови. В настоящее время во многих развитых и развивающихся странах для анализа ДНК ВИЧ используется не цельная кровь, а сухие пятна крови. Сухие пятна крови как клинический материал имеют целый ряд преимуществ перед цельной кровью. Во-первых, для анализа требуется всего несколько сотен микролитров крови, что очень важно при заборе крови не только у новорожденного, но и грудных детей. Высушенные пятна крови, образцы которых проще хранить и транспортировать, удобны в использовании в тех районах, где отсутствует возможность проведение анализа непосредственно после забора клинического материала. Наша лаборатория уже имеет такой опыт, который показал

приемлемость метода выделения из сухой капли крови с последующей детекцией ДНК ВИЧ в режиме «реального времени» ПЦР. Материалом исследований послужила цельная кровь новорожденных, родившихся путём кесарева сечения от ВИЧ-инфицированных матерей. (беременные принимали АРВ препараты до самих родов). Венозная кровь была отобрана в вакутайнеры с ЭДТА в объёме 2 мл (для сравнения в виде контроля) и на фильтровальную бумагу в объёме 50 мкл. Сухая капля после высушивания (от 3- до 12 часов) была использована для выделения нуклеиновых кислот. Для выделения нуклеиновых кислот использован набор производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора «РИБО-ПРЕП», для проведения амплификации с последующей детекцией в режиме «реального времени» - производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора «Амплисенс ДНК-ВИЧ-FRT». Также для контроля качества проведённых исследований была использована панель, разработанная НИИ Вирусологии Республики Узбекистан.

Выделение нуклеиновых кислот проводилось ручным способом. Сравнительная оценка была проведена путём различий в пороговых циклах для образцов сухих капель и цельной крови (среднее пороговое значение на 1 цикл больше, чем у образцов, выделенных из цельной крови). Это показывает, что эффективность выделения из цельной крови примерно в два раза лучше по сравнению с эффективностью выделения из сухих пятен крови. В ходе исследований результаты всех клинических образцов совпали (цельной крови и сухих пятен были отрицательными). По данным российских учёных ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, для подтверждения приемственности внедрения метода в практику, было проведено аналогичное исследование, метод имел 100% -ную диагностическую чувствительность именно на реагентах ПЦР ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора «РИБО-ПРЕП» и «Амплисенс ДНК-ВИЧ-FRT», которые в дальнейшем применили и мы (Сборник научных трудов VII-всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 2010).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА

Кохоров М.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время при выборе этих средств терапии появилась возможность использовать новые параметры оценки эффективности их действия и возникновения побочных эффектов.

К таким новым параметрам следует отнести способность проникать внутрь микробных сообществ и биопленок, влияние на освобождение микробных токсинов, взаимодействие с факторами иммунной системы. Однако в литературе почти нет указаний на возможные осложнения от антибиотиков при лечении периодонтитов и их профилактику.

Между тем в связи с широким применением этих препаратов за последние годы отмечается увеличение числа случаев острых гнойных заболеваний периапикальных тканей челюстно-лицевой области, вызванных устойчивой к антибиотикам микробной инфекцией

Цель исследования. Повышение эффективности антибиотикотерапии острых и обострившихся верхушечных периодонтитов.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 150 больных разного возраста, пола и с различной локализацией острых гнойных одонтогенных заболеваний (периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцессы, флегмоны), поступивших

в стационар по поводу этих тяжелых осложнений, возникших после лечения хронического периодонтита антибиотиками.

Результаты исследования. Для амбулаторного лечения обострившихся периодонтитов в 95,6 % случаев также использовались пенициллины (амоксциллин), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин), азалиды (азитромицин) и макролиды (рокситромицин).

Проведенный анализ карт амбулаторных больных, проходивших лечение с использованием антибактериальных средств по поводу острых верхушечных периодонтитов в частных и муниципальных учреждениях здравоохранения, установлено, что в 98,7 % случаев были использованы пенициллины (амоксциллин), фторхинолоны (офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин), линкозамиды (клиндамицин), макролиды (рокситромицин), азалиды (азитромицин) и сульфаниламидные препараты (Ко-тримоксазол).

При этом 62 больным вводили препараты пенициллина (амоксциллин), 48 – макролиды (рокситромицин), азалиды (азитромицин) и сульфаниламидные препараты, 25 – фторхинолоны (офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин) и линкозамиды (клиндамицин), 15 – препараты стрептомицина, биомицина или смесь указанных антибиотиков.

Все больные до поступления в стационар лечились в стоматологических клиниках по поводу острого или обострения хронического верхушечного периодонтита антибиотиками. Этим больным проводилось следующее лечение: промывание корневых каналов антибиотиками, чрезапикальная терапия (выведение в очаг периапикальной инфекции антибактериальных препаратов, иммобилизованных на различных носителях, включая полисорб и мел), инъекции антибиотиков по переходной складке, электрофорез и назначение антибиотиков перорально (таблетки) и внутримышечно (инъекции растворов).

Затем производили пломбирование в несколько этапов. При этом достигался сравнительно длительный удовлетворительный лечебный эффект, реже кратковременный.

Вывод. Неэффективность медикаментозного лечения острого и обострившегося хронического периодонтита может быть обусловлена устойчивостью одонтогенной микрофлоры (стрептококков и стафилококков) к примененному антибиотику и состоянием повышенной чувствительности к нему у организма. Мероприятия по профилактике осложнений при лечении острых периодонтитов антибиотиками должны включать использование тех антибактериальных средств, к которым одонтогенная микробная флора наиболее чувствительна.

Необходимо одновременно проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию, а при выявлении повышенной чувствительности организма к тому или другому антибиотику применять препараты, к которым данный организм менее чувствителен, параллельно с назначением противоаллергических средств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «КОКАРНИТ» НА ЭНДОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Кучкаров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Эффективная терапия больных псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза дерматоза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость, учащаются

случаи тяжелых форм псориаза. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе и явление эндогенной интоксикации у больных псориазом. Для устранения эндогенной интоксикации у больных псориазом применялся гептрал, лакто-флор, овесол и другие.

«Кокарнит» фирмы WORLD MEDICINE представляет собой комплекс метаболитических веществ и витаминов, компоненты которого оказывают благоприятное действие на функцию печени и нервной системы, снижают в организме уровень молочной и пировиноградной кислот, играют важную роль в углеводном и липидном обмене, повышает способность тканей к регенерации. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию псориаза для снятия эндогенной интоксикации «Кокарнит». Препарат вводят, предварительно растворив лиофилизированный порошок в растворителе (лидокаине) внутримышечно через день, на курс 12 инъекций.

Предварительное применение этого препарата у 6 больных вульгарным псориазом давал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 12-14 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 3-недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 4 недели у большинства больных элементы поражения рассасывались. У 21(65,6%) больных вульгарным псориазом через месяц от начала лечения элементы поражения почти полностью рассасывались (остались единичные уплощенные папулы и бляшки), у 7 (21,9%) больных отмечалось заметное улучшение, у 4 (12,5%) больных наблюдалось незначительное улучшение кожного процесса. Из 6 больных экссудативным псориазом заметное улучшение было отмечено у 2, незначительное - у 3, у 1 больного улучшение не констатировано.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ

Кучкаров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Нейродермит является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при нейродермите у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения нейродермита, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия, которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага, облучение области печени, легких в проекции полей Кренига

(область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные нейродермитом получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – **0,03% мазь Такролимус**. Мазь наносилась на пораженную поверхность 1 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных нейродермитом повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ ШАМПУНЕЙ ПРОТИВ ПЕРХОТИ

*Кучкаров А. А., Батиров К. З., Муминов М. М., Абдурахманов А. А.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Перхоть-поражение волосистой части головы, что характеризуется образованием мелкой шелухи на невоспаленной коже. Это одно из самых распространенных заболеваний, с которыми сталкиваются более 50% населения. Большинство случаев связаны с активизацией грибка *Pityrosporum ovale*, который является частью нормальной микрофлоры кожи человека и есть практически у каждого человека. Когда количество этого грибка в норме, то и отшелушивание происходит незаметно для глаз. При гиперфункции сальных желез его количество значительно увеличивается, что приводит к быстрому обновлению клеток поверхностного слоя кожи головы, их отшелушиванию и является симптомами перхоти. Для лечения используются специальные средства в виде шампуней, бальзамов, мазей и народных методов.

Шампунь-один из главных и самых распространенных лечебно-профилактических средств по уходу за волосами. При изучении патогенеза заболевания и методов его лечения нами было установлено, что шампунь против перхоти должен обладать такими свойствами как: снижение количества грибка на поверхности кожи, замедлять деление клеток и не допускать увеличения их размеров, удаление чешуек и предотвращение их повторного появления, снижение выработки кожного сала.

При исследовании потребительских свойств шампуней против перхоти мы определили, что с этой задачей разной степени успешности справляются основные действующие вещества: кетаканазол, циклопирокс, сульфид селена, пиритион цинка, медицинский деготь и другие. В последние годы появились новые лекарственные шампуни, которые созданы с учетом особенностей перхоти и типа волос (сухие, нормальные, жирные). Например, лекарственный бальзам Диласен (Jiangsu Chenpal Bond Pharmaceutical Co., Ltd., КНР) при наличии ограниченных очагов упорной перхоти рекомендуется за 5–10 минут тщательно промыть голову водой. В лечебных целях бальзам Диласен необходимо применять 2 раза в неделю в течение 2–4 недель.

В настоящее время использование шампуней в качестве лечебно-профилактических средств при уходе за кожей склонной к перхоти широко используются в медицине.

ПРЕПАРАТ «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ

СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ ГОНОРЕИ

Кучкаров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Заболееваемость гонореей остается высоким во всем мире, в том числе и в нашей Республике. Надежное, быстрое и полноценное клинико-бактериологическое излечение гонореи особенно среди лиц группы риска является важной задачей венерологии, так как это приведет к санации эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, бессимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится «Вильпрафен» (джозамицин) – антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Вильпрофен» у больных свежей острой формой гонореи.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных свежей острой формой гонореи. Возраст больных варьировало от 20 до 40 лет, мужчин было 15, женщин - 5. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках гонококки Нейссера. Препарат «Вильпрафен» (джозамицин) – антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Больным со свежей острой гонореей препарат назначался по следующей схеме:

1. В таблетках – по 500 мг 2 раза в день после еды, в течение 3-х дней, на курс лечения 3,0 препарата «Вильпрафен».

Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат «Вильпрафен» способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у больных со свежей формой гонореи, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно прийти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован, у больных со свежей острой формой гонореи как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

ЧАСТОТА МЛУ/ШЛУ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА.

Кучкарова М.Ф., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Орипов Ш.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Цель исследования: изучить распространенность МЛУ/ ШЛУ туберкулеза у больных сахарным диабетом второго типа.

Материалы и методы исследования у 258 пациенты с сахарным диабетом второго типа определялась лекарственной устойчивостью методами ПЦР : GeneXpert Rif и Hain test, а также бактериологическим методом.

Результаты исследования и их обсуждение:

Из 258 больных туберкулезом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа у 196 (76%) пациентов наблюдался впервые выявленный туберкулез, 56 пациента состояли на учете в течение 2-4 лет, у 6 пациентов диагностирован рецидив туберкулезного процесса. 201 пациентов, включенных в разработку, были в возрасте 20- 45 лет. У 213 сахарный диабет предшествовал туберкулезу, давность заболевания составила от 3 до 5 лет. Среди впервые заболевших туберкулезом - наибольшую группу составили больные инфильтративным туберкулезом легких - 110 (56,1%) человек. Фиброзно-кавернозный туберкулез был диагностирован у 50 (25,5 %). Деструктивные изменения в легких были выявлены у 169 больных (86,2%). Бактериовыделение выявлено у 229(%) пациентов. Среди больных состоящих на учете и с рецидивом заболевания диагностирован инфильтративный туберкулез с 2 сторонним поражением легких - 24 (38,7%), у остальных 38 (61,3%) установлен фиброзно- кавернозный туберкулез.

Среди впервые заболевших туберкулезом множественная лекарственная устойчивость выявлена у 9(4,5%) больных, у 1 пациента установлена широкая лекарственная устойчивость. У больных с хроническими формами туберкулеза множественная устойчивость наблюдалась у 12 (21,4%), широкая лекарственная устойчивость диагностирована у 3(5,3%) пациентов. Режимы химиотерапии определены после получения последующих данных о лекарственной устойчивости МБТ проводили коррекцию режима химиотерапии, который назначался врачебной комиссией, согласно международным стандартам. Эффективность лечения в группе с хроническим течением и рецидивами оказалась еще более низкими. поскольку в данной группе преобладали пациенты с фиброзно- кавернозным туберкулезом с лекарственной устойчивостью. 3 пациента с широкой лекарственной устойчивостью, декомпенсированным диабетом, несмотря на комплексное лечение умерли на 3 – 5 месяце лечения.

Выводы: Частота выявления множественной и широкой лекарственной устойчивости у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, состоящих на учете в разы выше, чем у впервые заболевших, что диктует необходимость качественно проводить лечение с включением различных препаратов, направленных на уменьшение остаточных явлений и ускоряющих процесс репарации.

COVID – 19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ ШАХСЛАР ЎРТАСИДА КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТЛАРИНИ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

*Қораев Б.Б., Салиев Т., Искандаров А., Фаниев Б., Юлдашев Ё.М.,
Мирзакаримова Д.Б., Гоффоров Х.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Хаммага маълумки хозирги даврда бир қанча профилактик тартиб қоидаларга қарамасдан COVID-19 касаллиги кўпайиб борапти. Кўплаб инсонлар сингари ОИВ инфекцияли беморлар ҳам ушбу касалликдан сақланган эмас. Шу сабабдан АРВТ қабул қилмаётган, СД4 кўрсаткичлари паст бўлган, вирус юкламалари юқори кўрсаткичдаги инфекцияли шахслар ушбу касалликка дуч келиш хавфи юқорилигича қолмоқда.

Мақсад: COVID-19 билан зарарланиш ОИВ инфекциясияли шахсларда ўлим кўрсаткичини ўрганиш. Ўз вақтида тўғри химояланиш, тўғри ташхис қўйиб, даволаш тадбирлари жараёнида тиббий назоратни етарли даражада йўлга қўйилса, ўлим кўрсаткичини камайишига олиб келади.

Текширув усули: Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази Вилоят юқумли касалликлар шифохонаси ҳамкорлигида тайёрланган маълумотларга асосан 2021 йилда 87 нафар ОИВ инфекцияли шахслар COVID-19 билан шифохонада даволанган, бўлиб, ундан ташқари бир неча беморларда касаллик белгилари енгил ёки ўрта оғир ҳолатларда кузатилганлиги аниқланди.

Натижа: ОИВ инфекцияли беморлар ичида 2021 йилда 87 нафар шифохонада даволанганда COVID-19 вируси аниқланиб, уларнинг 80 нафари АРВТ қабул қилган, 7 нафари АРВТ қабул қилмаган. АРВТ қабул қилган беморлар орасида COVID-19 вируси келтириб чиқарган касаллик энгил ва ўрта оғир шаклларда ўтди, ўлим кузатилмади.

ОИВ инфекцияли беморларнинг кўпчилиги АРВТга содиқлиги ва вирус юкламаларининг 50 нусха/млдан паст бўлганлиги ҳамда СД4 хужайралар сони 250 мклдан юқорилиги касаллик белгилари энгил ёки ўрта оғир ҳолатларда ўтишига сабаб бўлган. Касаллик оғир ўтишига умумий омиллардан ортиқча тана вазни, қўшимча сурункали касалликларнинг авж олиши, қандли диабет ҳамда юрак қон томир касалликлари сабаб бўлган. Бундан ташқари АРВТга содиқ бўлмаган ёки препаратларни қабул қилмаётганлиги, СД4 хужайралари 200 мкл дан пастлиги ҳамда вирус юкламалари юқори бўлган беморларда оғир асоратлар туфайли ўлимга олиб келган.

Хулоса: Юқоридагилардан келиб чиқиб, ОИВ инфекцияли беморлар АРВТ билан қамралганлиги АРВТ ва оппортоностик инфекцияларни олдини олувчи бошқа препаратларини вақтида қабул қилиши катта аҳамият касб этади. Бундан ташқари ижтимоий масофа сақлаш, тиббий ниқобда юриш ва жамоат жойларида бўлишдан сақланиш каби умумий талабларни бажариш зарурлигини тушуниш муҳимдир.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Қосимов.И.У.

Андижанский государственный медицинский институт.

Заболевания височно – нижнечелюстного сустава занимают особое место среди стоматологических заболеваний вследствие сложности в диагностике и лечении, крайне разнообразной клинической картины, не укладывающейся в рамки традиционных диагнозов – артрит и артроз.

Височно – нижнечелюстной сустав участвует не только в перемещении нижней челюсти. Это подвижный орган, связанный с проприорецепрами пародонта, жевательных мышц и передающий в ЦНС информацию о положении нижней челюсти для управления жевательными движениями.

Заболевания суставов возникают в том случае, если его ткани испытывают повышенные нагрузки (потеря боковых зубов, одностороннее жевание и т.п.), а также если происходят первичные морфологические изменения этих тканей при общих заболеваниях (ревматизм, обменные нарушения).

Вторичная частичная адентия, патология пародонта, твердых тканей зубов, коллизионные нарушения влияют на работу жевательных мышц, рефлекторно ведут к вынужденному положению нижней челюсти при жевании. Если первичный фактор связан с общими заболеваниями (инфекции, нарушения обмена веществ) возникают артриты, артрозы.

Использование в комплексной терапии средств ЛФК (массаж, лечебная гимнастика) значительно улучшает самочувствие больных, снимает напряжение жевательных мышц, улучшает их кровообращение, трофику и таким образом нормализует мышечно – суставную функцию.

ЛГ направлена на нормализацию движений нижней челюсти, усиление определенных групп мышц, восстановление функции жевательных мышц, закрепления результатов ортопедической перестройки прикуса.

Упражнения для устранения бокового смещения нижней челюсти

Бошной стоя перед зеркалом контролирует среднюю линию нижней челюсти. Кончик языка плотно прижат к верхним боковым зубам, медленно открыт рот без

отклонения нижней челюсти, закрыть – 8 – 10 раз. Амплитуду открывания рта изо дня в день необходимо увеличивать.

Упражнения при смещении нижней челюсти назад (дистальное смещение – II тип). При отсутствии достаточного переднего смещения нижней челюсти суставная головка при максимальном открывания рта на скате суставного бугорка, а не у его вершины (выполняет упражнения для усиления выдвигания нижней челюсти).

Упражнения при смещении нижней челюсти вперёд (медиальное смещение – III тип). Причиной чрезмерных протрузивных движений нижней челюсти нередко является острая травма мягких тканей сустава, что вызывает рефлекторное смещение нижней челюсти вперёд.

Упражнения для перестройки типа открывания рта. Больной смещает нижнюю челюсть назад и в этом положении открывает рот без передних и боковых смещений. Тяга нижней челюсти направлена назад, давление на челюсть назад при этом постоянно, щелчки отсутствуют. Упражнение выполняется 3 раза в день по 8-10 раз. Данное упражнение можно выполнять и в и п. лёжа на спине с помощью медперсонала. Врач удерживает голову больного левой рукой, а правой фиксирует нижнюю челюсть. Больной при этом делает попытку открыть и закрыть рот (с преодолением сопротивления руки), ритмично и плавно 9-10 раз. Лечебная гимнастика применяется в подостром периоде в сочетании с ортопедическим лечением.

ЁПИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ (геронтологик ёшдаги ахолида проспектив мониторинг натижалари)

*Қурбонова Р.Р., Мамасолиев З.Н., Хакимова З.К., Мамасолиев Н.С.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийсининг геронтологик гуруҳга мансуб ахолисида (ФвГГП) ёпиқ бурчакли глаукомани эпидемиологиясини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. ФвГГПда (218та эркак ва 306та аёллар, $p < 0,05$) 4йиллик эпидемиологик мониторинг амалга оширилди. Эпидемиологик ва махсус офтальмологик усуллар қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосаси. Ёпиқ бурчакли глаукомани (ЁБГ) тарқалиши ФвГГПда 49,4фоизни ўртача ташкил этади. Турли йилларда то 6,0фоизгача етиб фарқ билан тасдиқланди ($p < 0,05$). Чунончи, 2015йили-44,7фоиз, 2016йили-51,8фоиз, 2017йили-53,3 фоиз ва 2018йили-53,3 фоиздан аниқланди [RR=1,16; ДИ=(0,82-1,64); $\chi^2=2,69$; $p=0,1$].

Эркаklar ва аёлларда ЁБГнинг тарқалиш частотаси-53,7 ва 46,4 фоизни ташкил қилиб, 7,3фоиз тафовут билан эркаklar популяциясида кўп тасдиқланади ($p < 0,05$).

Турли йилларда ҳам айнан шундай тенденция сақланиб қолади ва ФвГГП эркаklar ҳамда аёллар гуруҳларида куйидагича кузатилади: 2015йили-38,9 ва 50,0 фоиздан ($p < 0,05$), 2016йили- 62,5 ва 43,6 фоиздан ($p < 0,05$), 2017 йили-63,8 фоиз ва 46,8 фоиздан ($p < 0,05$), 2018йили- 40,4 ва 47,4 фоиздан ($p < 0,05$).

Ушбу маълумотлар ФвГГПда унумли, хавфсиз ва қулай бирламчи, иккиламчи профилактикани глаукомага нисбатан режалаштиришда асос бўлиб хизмат қилади деб тавсия этамиз.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ
СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Курбонова Ю.К., Насретдинова М.Т.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: проведение исследований при сенсоневральной тугоухости диктуется неуклонным ростом числа больных с этой патологией, сложностью, неоднозначностью патогенеза заболевания, малой эффективностью лечения.

Целью исследования явилось изучение функции равновесия при острой сенсоневральной тугоухости, а именно: возможность проанализировать степень поражения и способность к восстановлению вестибулярной и слуховой функций в процессе лечения и при переходе острой нейросенсорной тугоухости в хроническую форму.

Материалы и методы исследования Обследовано 50 больных с острой сенсоневральной тугоухостью, которые находились на лечении в клинике Самаркандского Государственного медицинского института в период с 2012-2018 гг. Среди них было 26 женщин и 24 мужчины. Средний возраст обследуемых составил $45,0 \pm 1,55$ лет. Все больные поступили в стационар с жалобами на резкое снижение слуха (43 человека с односторонней и 7 с двусторонней тугоухостью), возникшее от 5 до 30 дней тому назад. 32 человека жаловались также на головокружение и расстройство равновесия. Большинство больных (14) связывали с острой вирусной инфекцией, последствиями перенесенной травмы (7), а также с сосудистыми изменениями, провоцируемыми эмоциональным стрессом (6), гипертоническим кризом (5); в меньшей степени - с обострением общесоматических заболеваний: атеросклерозом (4), шейным остеохондрозом (4) и токсическим воздействием: применение ототоксических лекарственных препаратов (3), избыточный прием алкоголя (2). Обязательным условием при формировании группы контроля являлось отсутствие жалоб на головокружение и нарушение равновесия, травм головы и уха, патологии опорно-двигательного аппарата. Всем больным, помимо традиционных методов исследования (изучение жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, оценка отоневрологического статуса), проводилось комплексное вестибулометрическое, аудиологическое и стабилOMETрическое исследование.

Результаты исследования Ухудшение равновесия было выявлено у 46 (92%) больных. Среднее значение степени снижения показателя функциональной стабильности (ПФС) составило $41,1 \pm 1,98\%$. По данным аудиологического исследования, с учетом возрастной нормы слуха, все больные были разделены на 4 группы: А - снижение слуха до 20 дБ (7 человек); Б - снижение слуха от 20 до 40 дБ (19 человек); В - снижение слуха от 40 до 60 дБ (11 человек) Г - снижение слуха более 60 дБ (13 человек).

В группе А при среднем значении снижения слуха на разговорных частотах до $18,7 \pm 2,26$ дБ (костная проводимость) отмечалось снижение ПФС при поступлении в клинику на $27,9 \pm 4,53\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $8,0 \pm 1,51$ дБ, ПФС увеличился на $20,6 \pm 3,02\%$, не достигая значения возрастной нормы всего на $7,3\%$. В группе Б при среднем значении снижения слуха до $33,4 \pm 1,28$ дБ отмечалось снижение ПФС при поступлении в клинику на $37,2 \pm 2,24\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $12,3 \pm 0,64$ дБ, ПФС увеличился на $27,0 \pm 1,92\%$, не достигая значения возрастной нормы на $10,2\%$. В группе В при среднем значении снижения слуха до $52,4 \pm 2,00$ дБ отмечалось снижение ПФС при поступлении на $38,4 \pm 3,50\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $9,3 \pm 1,40$ дБ, ПФС увеличился на $25,0 \pm 12,0\%$, не достигая значения возрастной нормы на $13,4\%$. В группе Г при среднем значении снижения слуха до $71,4 \pm 1,74$ дБ отмечалось снижение ПФС при поступлении

в клинику на $43,7 \pm 2,61\%$. За время лечения слух улучшился в среднем на $15,1 \pm 1,31$ дБ, ПФС увеличился на $17,1 = 1,94\%$, что на $26,6\%$ меньше среднего показателя возрастной нормы.

Выводы: Данный метод может применяться в качестве скринингового при обследовании больных с жалобами на расстройство слуха и равновесия. Для функции равновесия, так же, как и для функции слуха в прогностическом плане неблагоприятным признаком является выраженное угнетение лабиринта и центральный тип протекания экспериментальных вестибулярных реакций; функция равновесия у больных с острой сенсоневральной тугоухостью в процессе лечения имеет тенденцию восстанавливаться гораздо эффективнее, чем функция слуха, и в более ранние сроки.

РОЗЕКС МАЛҲАМИ РОЗАЦЕА КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

Қўчқаров А.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги вақтда терини йирингли касалликлари орасида розацеани даволаш долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Розацеани даволашни мукамаллаштириш мақсадида, розекс малҳамини давода қўлланилди.

Бизни текширувимизда бўлган беморлар сони 32 нафар бўлиб (15 та – аёл ва 17 - эркак), ёши 32-50 ёшгача бўлди. Барча беморларга розацеани папула пустилёз формаси ташхиси қўйилди. Ёндош касалликлардан 58 нафар беморда ҳазм тракти касалликлари (жумладан гастрит, дисбактериоз, холецистит ҳамда қорин дам бўлишлари) аниқланди. Бундан ташқари 4 нафар аёлда постменопаузали синдром аниқланди, 6 нафар аёлда эса тухумдонларида ўзгариш аниқланди. Яқка ҳолатларда қандли диабет ҳамда ўт тош касалликлари кузатилди.

32 беморлар ташкил қилди. Схема бўйича даводан Розекс Азит 1,0. Секнидокс 2,0. Флюконазол 0,15 г дан бир кунлик курси буюрилди. Компонентларнинг фойдалилиги ва тежомкорлиги аниқланди. Препаратни қайта бериш касалликни ҳолатига қайтарди. Теридаги гиперемияни камайтириш мақсадида ташқи даво учун фактор дермико кремидан фойдаланилди. Катта ва чуқур тугунлар мавжуд бўлган ҳолатларда маҳаллий куйидагича аралашмадан 1 кунда 1 маҳал фойдаланилади: Димексид – 6,0 + Этил спирт – 96% - 6,0 + Лидаза 64 УЕ (4 ампула) + Эритромицин – 2,0.

Натижалар: 1 гуруҳ беморларда йирингчаларнинг сўрилиш вакти 26-30 кунни ташкил қилди. 7 нафар беморда тери кандидози ривожланди. 1 нафар беморда даво натижа бермади. 2 гуруҳдаги (Азит 1,0, Секнидокс 2,0, Флюконазол 0,15 г) беморларда ижобий натижа 14 кунда сезилди, 5-6 ҳафта даводан сўнг тўлиқ клиник тузалиш кузатилди. 1 гуруҳдаги пациентларнинг 10 нафариди тўлиқ клиник тузалиш кузатилмади.

Хулоса. 2-гуруҳ беморларда (1 чи гуруҳ беморлари билан таққосланганда) Азит 1,0, Секнидокс 2,0, Флюконазол 0,15 г препаратларидан фойдаланилганидан сўнг ижобий наф олинди. 2- гуруҳ беморларда қандидоз билан асоратланиш кузатилмади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ

*Латишжонов М.Ж., Аббосова И.А., Рустамов Х.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра Неврологии*

Актуальность. Тригеминальная невралгия (ТН) – хроническое рецидивирующее заболевание, возникающее на пятом десятилетии жизни, которое протекает с ремиссиями и эксацербациями различной продолжительности. Синонимами тригеминальной невралгии являются невралгия тройничного нерва, болевой тик, болезнь Фотергилла. Отдельные приступы характеризуются интенсивной, стреляющей болью в зонах иннервации третьей, второй и, крайне редко, первой ветвей тройничного нерва, с преобладанием в правой стороне лица.

Цель исследования. Изучить характеристику вторичных тригеминальных болей в обследуемой группе.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 26 больных со вторичной невралгией тройничного нерва. Болевой синдром определялся по шкале ВАШ. Было проведено: клинико-неврологические методы исследования, параклинические методы исследования (МРТ, ЭЭГ).

Результаты исследования. Вторичная ТН при поражениях ЦНС характеризовалась внезапными, интенсивными, повторяющимися болями в зоне распределения одной или нескольких ветвей тройничного нерва, которые по своему проявлению существенно не отличались от приступов типичной невралгии тройничного нерва, кроме большей продолжительности во времени отдельного пароксизма и быстрым присоединением сенсорного дефицита. Вторичной ТН при лицевой травме присуща хроническая, пульсирующая, жгучая боль с пароксизмальными усиливающимися эксацербациями в зонах распределения конечных ветвей тройничного нерва. Болевой синдром отличался умеренностью, продолжительностью, со временем присоединялись незначительные трофические нарушения. Хронологически начало заболевания совпадало с травмой лица, реконструктивными ортогнатическими операциями или затрудненным удалением зубов. Постгерпетическая ТН представляла собой, скорее, невропатию, нежели невралгию. Хроническая сенсопатия с преобладанием постоянного зуда над болью обычно локализовалась в зоне первого (офтальмического) подразделения тройничного нерва. На этом фоне изредка возникали кратковременные, малоинтенсивные, стреляющие боли, распространяющиеся от ресниц или век к волосистой части головы. Несмотря на то что боли – умеренной интенсивности, их постоянный характер, особенно в сочетании с зудом, переносились нелегко. Характерны кожные рубцы белесого цвета на фоне гипер- или депигментации кожи в области лба и передней волосистой части головы. Пациентам с диагнозом ТН назначалась следующая общепринятая схема лечения: 100 мг препарата финлепсин три раза в сутки в течение двух дней (суточная доза – 300 мг), два дня по 200 мг дважды в сутки (суточная доза – 400 мг), два дня по 200 мг трижды в сутки (суточная доза – 600 мг), три дня по 200 мг четыре раза в сутки (суточная доза – 800 мг). При отсутствии противоболевого эффекта переходили к более высоким дозировкам финлепсина – 1000 и 1200 мг/сут, с распределением на 4-6 приемов. Лечение финлепсином в минимальной эффективной дозе необходимо продолжали без перерыва не менее полугода, а затем переходили на поддерживающие дозы (200-400 мг/сут в два приема).

Вывод. Финлепсин обладает более благоприятным профилем безопасности, чем препараты карбамазепина отечественного производства. На фоне его высокой фармакотерапевтической эффективности у больных ТН частота и выраженность

побочных явлений, которые наблюдались при применении препаратов карбамазепина, значительно ниже по сравнению с отечественными аналогами.

**ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ
НАУЧНЫХ ПРОГРАММ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ «ГЛАВНЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ
ПРИЧИН» ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

*Мавлянов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Салохидинов А.С.
АндМИ, БухМИ МЗРУз*

Востребованность к превентивным научным исследованиям и программам стало все более очевидным, чтобы найти верное и решение, исходя из следующих данных эпидемиологической ситуации в Узбекистане: 1) в 2011-году на 66-й сессии Генеральной ассамблеи ООН наряду с государствами мира Узбекистан взял на себя обязательства по осуществлению мероприятий по профилактике хронических неинфекционных заболеваний [ХНЗ]; 2) в этом направлении принято специальные постановления Президента и кабинета Министров РУз, которые предусматривают реализацию конкретных превентивных мероприятий, направленных на профилактику ХНЗ и их факторов риска (ФР); 3) в стране при поддержке ВОЗ разработан план действий направленных к раннему выявлению и на борьбу с ХНЗ; 4) с 2014 года в Узбекистане реализуется программа STEPS ВОЗ, где превентивные разработки направлены на достижение 9-ти главных целей, которые призваны помочь снизить уровень распространенности.

Следует отметить, что в ходе нашего исследования, приближенная к программам STEPS ВОЗ, получены новые данные об эпидемиологических условиях в отношении ХНЗ у популяции пожилого и старческого возраста. Анализ полученных результатов на репрезентативной выборке (1500 лиц) убедительно доказало, что для активной и эффективной поддержки проводимой в стране крайне важных и перспективных превентивных научных программ должна быть усилена эпидемиологические исследования по выявлению истинных данных о «главных региональных причинах» (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, гипокалиемия, гипомагнемия, гиперурикемия, гипоферремия, низкая физическая активность, ожирение, курение, употребление алкоголя и насвая, низкое потребление овощей и фруктов алиментарные факторы, стрессы) ХНЗ.

Без таких данных об эпидемиологических ситуациях проводимые лечебно-оздоровительные в отношении ХНЗ «ни прицельны» в каждом втором объекте воздействия (около 50% случаев) и, следовательно не возможна результативная профилактика среди населения, в том числе у популяции пожилого и старческого возраста.

**ИЗУЧЕНИЕ АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ
ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНОСИТОМ**

*Мадаминава Н.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние несколько лет в Западной прессе посвящённых микробиологическим исследованиям, всё чаще используются новые термины, такие как «микробиота» и «микробиома». По всей видимости, возникновение этих терминов связано с внедрением в микробиологическую науку: молекулярно-генетических исследований.

Согласно, имеющимся данным, под термином «микробиота» называют состав микроорганизмов: не только бактерии, но и грибов, вирусов, архей, простейших и бактериофагов, обитающих в той или иной экологической нише то есть биотопов.

Под термином «микробиома» понимают совокупность генетического материала всех микроорганизмов, входящих в состав микробиоты. Иначе говоря - это весь набор нуклеиновых кислот всех представителей микромира находящихся на поверхности кожи, слизистых оболочек или в тканях человеческого тела (А. С. Лопатин, И. С. Азизов, Р. С. Козлов, 2021).

Интересно отметить, что традиционные культуральные методы и сейчас остаются основой бактериологических исследований в клиническом аспекте, они достаточно информативные, относительно дешёвые и дают возможность исследовать чувствительность выявленных микроорганизмов к антибиотикам и бактериофагам в условиях *in vitro*!

Однако в «культуральную» эпоху мы могли идентифицировать и классифицировать примерно лишь 20% бактерий существующих на Земле. Так как, имеющиеся питательные среды просто не обладают способностью для роста всех представителей микробиоты.

Так, известный немецкий микробиолог изучавший биоптаты слизистой оболочки носа у больных страдающих ХРС стандартными культуральными методами выявили в среднем три вида бактерий, в тоже время методом 16 S – рибосомального РНК (р. РНК) секвенирования выявил в среднем 34 вида при полноценном анализе (L. Haussetal, 2015).

Вызывает огромный интерес, новые данные полученные на основе молекулярно-генетических исследований в вопросах нормальной микрофлоры тела человека. Так, до последних лет состояние полых органов таких как: альвеолы легких, мочевого пузыря, эмбрион в матке и околоносовые пазухи считались стерильными. Однако проведенные молекулярно-генетические исследования показали, что у здорового человека в этих органах заселены сообщество микробов, состоящий из коменсалов и потенциальных патогенов.

Во многих микробиологических лабораториях РУз, да и в нашей лаборатории пока что нет аппарата ПЦР для проведения молекулярно-генетических исследований в связи с этим мы в данной работе почти не использовали новую терминологию по микроорганизмам поэтому используем общепринятую традиционную терминологию.

Известно, что большинство клиницистов работников здравоохранения проявляют огромный интерес, определения чувствительности микробов к лекарственным препаратам, то есть антибиотикограммам. По-видимому это не случайно, так как квалифицированный врач клиницист вполне осознают, что антибиотикограмма позволяет врачу назначать наиболее эффективные лекарственные препараты.

В последние годы учеными разработаны целый арсенал методов определения чувствительности микробов к лекарственным препаратам (метод серийных разведений, метод дисков и др). среди этих методов в большинстве случаев отдаётся предпочтение диско- диффузионному способу, так как она наиболее удобно в исполнении, экономична и точна в результатах (1,2,3).

Для постановки этого метода исследования нами подготовлены 18 часовые культуры микробов с учетом наиболее частых обитателей в полости носа. На поверхность подсушенной питательной среды Мюллер Хинтона наносили 1-2 мл исследуемых микробов (стандарт -1.10^2) равномерно распределяли путем покачивания чашки (посев «Газоном»).

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ ВА ДИСБИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРДА ТРАНСКРАНИАЛ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ (ТЭС) ВА
САНТИМЕТРЛИ ДИАПАЗОНДАГИ МИКРОТЎЛҚИН (СДМТ) ТЕРАПИЯ
ТУРМУШ СИФАТИ КЎРСАТКИЧИГА ТАЪСИРИ**

Мадумарова А.А., Хамрабаева Ф.И.

*ЎзССВ Тиббиёт ходимларинг касбий малакасини ривожлантириш маркази,
Тошкент*

Тадқиқот мақсади ЎИБИЯ ва Д билан касалланган беморларнинг яшаш тарзи сифати кўрсаткичини баҳолаш ва ТЭС ва СДМТ терапиясининг даволаш имкониятларини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари: Очiq тадқиқот назоратида бўлган ЎИБИЯ ва Д билан касалланган 70 бемор 29-64 ёш бўлиб, 41 аёл (58,5%) ва 29 эркак (41,4%)дан иборат. Касалланиш давомийлиги 4-18 йилни ташкил қилади. Диагноз бемор анамнези, физик, клиник, биохимик ва инструментал усуллар билан текширишга асосланган. Текшириш беморнинг ёзма розилик билан амалга оширилган. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлинган.

Биринчи гуруҳ – назорат гуруҳи – 34 кишидан иборат бўлиб, уларда даволашнинг стандарт усули – 14 кун давомида эрадикация квадротерапияси қўлланган.

Иккинчи гуруҳ – таққослаш гуруҳи – 34 киши бўлиб, стандарт даволаш усулидан ташқари ТЭС ва СДМТ терапияси билан даволаш қўлланилган.

Даволанишдан олдин ва кейин қонда биохимик ва инструментал (ЭФДС) текширувлар ўтказилди.

SF-36 сўровномаси бўйича яшаш тарзи баҳоланди. Сўровномада 8 субсфера бўлиб, соғлиқнинг қуйидаги жиҳатлари текширилади:

1) физик компонент: физик ҳолат билан белгиланган физик функцияланиш, оғриқ интенсивлиги, соғлиқнинг умумий ҳолати;

2) психологик компонент: психик соғлиқ, эмоционал ҳолат, ижтимоий фаолият, ҳаётий фаоллик.

Эмоционал-психологик статус даражаси Спилберг-Ханин шкаласи ёрдамида текширилди. Натижага кўра 34 балл – хавотирнинг қуйи босқич, 35-45 балл – хавотирнинг ўрта босқич, 46 ва ундан юқори – хавотирнинг юқори даражаси.

Тадқиқот натижалари: Тадқиқот бошида назорат гуруҳидаги 31 кишида (91,2%), таққослаш гуруҳида 31 кишида (86,1%) оғриқ кузатилди. Бир ҳафта даволашдан сўнг назорат гуруҳидаги 21 кишида (61,7%) ва таққослаш гуруҳида 17 кишида (47,2%) оғриқ давом этди. Даволанишнинг 4 ҳафтасида назорат гуруҳидаги 7 киши (20,5%), таққослаш гуруҳида 9 киши (25%) оғриқдан шикоят қилди. Даволанишнинг 12 ҳафтасида назорат гуруҳидаги 4 киши (11,8%), таққослаш гуруҳида 7 киши (19,4%) оғриқ сақланиб турди.

Оғриқ интенсивлиги кўрсаткичи назорат гуруҳида 21,7 балл, таққослаш гуруҳида 2,8 балл эди. 4 ва 12 ҳафталик даволашдан сўнг оғриқ интенсивлиги камайиб, назорат гуруҳида 2,0 ва 2,2, таққослаш гуруҳида 2,1 ва 2,4 баллни ташкил қилди.

Яшаш тарзи сифатини текшириш уч марта: даволашдан олдин, даволаш бошлангандан 4 ҳафта ва 12 ҳафтадан сўнг амалга оширилди. Текшилган соғлом кишиларда юқори физик активлик кузатилди. Ҳаёт фаолиятида жисмоний муаммолар энди бошланганини билдирувчи РФФ кўрсаткичи баландлиги кўринди. Энергия, кайфият ва психологик ҳолатни ифодаловчи кўрсаткичлар ҳам паст бўлиб, 72,9+5,2 ва 78,5+5,4 баллни ташкил қилди. Ижтимоий фаоллик, яъни эмоционал ва жисмоний қобимлиятлар ўрта ҳисобда 70,3+5,6 баллдан ошмади (2-жадвал).

2-жадвалдан кўринишича, назорат ва таққослаш гуруҳи беморларининг яшаш сифати кўрсаткичи SF-36 шкаласи бўйича соғлом шахсларга нисбатан паст. Айниқса, РФФ ва РЭФ субсфераларида намоён бўлиб, кундалик ва меҳнат фаолиятни чекловчи жисмоний ва эмоционал ролнинг ортишини акс эттиради. Ижтимоий фаоллик, психолок ҳолат кўрсаткичларининг пасайиши кузатилди.

Даволашнинг 4 ҳафтасида ҳаёт сифат кўрсаткичлари кўтарилиб, айниқса, назорат гуруҳида яхшиланди.

Таққослаш гуруҳида 4 ҳафта даволашдан сўнг жисмоний ҳолат, оғриқ даражаси, ҳаёт фаоллиги ва эмоционал ҳолат каби субсфералар бўйича ҳаққоний натижалар олинди. Даволашнинг 12 ҳафтасида жисмоний фаоллик, ҳаётини фаоллик каби субсфералар бўйича кўрсаткичлар ўзгармади.

Шахсий ва ҳолат хавотири кўрсаткичи бошида таққослаш гуруҳига нисбатан назорат гуруҳида баланд эди. 4 ҳафта муолажадан сўнг беморларда ҳолат хавотири 12,1%га, 12 ҳафта даволашдан сўнг 24,2%га пасайган бўлса, таққослаш гуруҳида 4 ҳафта муолажадан сўнг беморларда ҳолат хавотири 5,2%га, 12 ҳафта даволашдан сўнг 15,6%га пасайган.

Шахсий хавотир назорат гуруҳида 4 ҳафта муолажадан сўнг беморларда ҳолат хавотири 6,2%га, 12 ҳафта даволашдан сўнг 11,7%га пасайган бўлса, таққослаш гуруҳида 4 ҳафта муолажадан сўнг беморларда шахсий хавотир 2,8%га, 12 ҳафта даволашдан сўнг 6,3%га пасайган.

Хулоса: Яшаш сифати тестига кўра назорат гуруҳида даволашнинг 2 ҳафтасида жисмоний фаоллик субсфераси, яъни беморда жисмоний босим хажмининг ортиши, интенсив оғриқнинг пасайиши, эмоционал ҳолатнинг яхшиланиши ва психологик кайфиятнинг кўтарилиши кузатилди.

Тадқиқот натижаларига кўра ЎИБИЯ ва Д билан оғриган беморларни даволашда ТЭС ва СДМТ терапияси қўллаган ҳолда даволаш кўрсаткичлари ижобий натижага ва пациентлар турмуш тарзи сифати сезиларли даражада яхшиланган.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 ЛЕТ (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Валиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт*

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).

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. 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 ($p < 0,05$).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: изучение и оценка клинических проявлений хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы: ВИЧ-инфицированное население подвергалось эпидемиологическому исследованию. В репрезентативной группе ВИЧ - диагноз ХГДЗ ставился на основании стандартных опросных данных, результатов биохимических и инструментальных исследований. Диагноз ХГДЗ (хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит, ЯБЖ, ЯБДПК формулировался согласно критериям «Сиднейской системы».

Результаты и выводы: оказалось, что большинство проявлений ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции неспецифичны. Для начала заболевания характерен болевой синдром (в 62,8% случаев) и диспептические симптомы (в 57,8% случаев). В дальнейшем в клинической картине ХГДЗ начинают превалировать симптомы поражения других органов или ассоциированных патологических состояний: симптомы поражения тонкой кишки-хронические профузные поносы в сочетании с болями в животе, рвотой, лихорадкой и потерей массы тела у 34,9%); симптомы поражения толстой кишки (у 18,9%), клинические категории А, В и С; ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши (у 0,3%), явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами ХГДЗ, снижение аппетита, похудание, наличие крови в кале, наличие слизи в кале и дегтеобразный стул (у 16,6% больных) и сочетание КС ХГДЗ с симптомами туберкулеза - у 18,6% пациентов ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией. Отмеченные симптомы у ВИЧ-женщин и мужчин выявлялись со следующей частотой соответственно: болевой синдром - по 61,7% и 63,4% ($p > 0,05$), диспептические симптомы - по 73,4% и 50,7% ($p < 0,05$), симптомы поражения тонкой кишки - по 27,6% и 38,2% ($p < 0,05$), симптомы поражения толстого кишечника - по 22,3% и 17,4% ($p > 0,05$), клинические категории А, В и С в сочетании с саркомой Капоши - по 10,6% и 0,0% ($p < 0,01$), явление себорейного дерматита с КС ХГДЗ - по 32,9% и 9,3% ($p < 0,001$),

кандидозный стоматит с КС ХГДЗ - по 29,8 % и 10,1% ($p < 0,01$) и сочетание КС ХГДЗ с симптомами туберкулеза - по 17,0 % и 19,3 % ($p > 0,05$).

Таким образом, выявленные особенности клинических проявлений у ВИЧ женщин и мужчин, безусловно, имеют непосредственное научно- практическое значение для оптимизации лечебно- диагностических технологий у больных с ВИЧ ХГДЗ.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние годы в структуру факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний был включен такой фактор как потребление алкоголя. В связи с этим нами была изучена частота и эпидемиологическая характеристика распространенности потребления алкоголя у ВИЧ- инфицированной популяции.

Материалы и методы. На репрезентативной выборке ВИЧ- инфицированных лиц в возрасте от 20 до 69 лет в ходе эпидемиологического исследования анализирована и оценена частота распространенности потребления алкоголя с использованием рекомендаций ГНЦПМ РФ (2001). Так, при оценке потребления алкогольных напитков (в пересчете на чистый этанол) использовались общепринятые массовые (весовые) концентрации этанола: 1) для пива - 0,04г этанола/ мл, 2) для сухого вина (шампанского) - 0,0927 г этанола / мл напитка, 3) для крепкого вина - 0,1227 г этанола / мл напитка, 4) Для водки/ коньяк- 0,3227 г этанола / мл напитка. Критерием избыточного потребления алкоголя принималось потребление более 20 г чистого алкоголя в день. ВИЧ - инфекция диагностировалась в региональных центрах по борьбе СПИДом в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Употребление алкоголя отмечено у 31,7 % обследованных. Данный фактор в уровне 62,7% выявлялся у ВИЧ- инфицированных мужчин и в 23,2 раза реже - у женщин (2,7%); $p < 0,0001$.

Изучена и оценена распространенность потребления алкоголя у ВИЧ- инфицированной популяции в зависимости от возраста.

По результатам нашего анализа в различных возрастных диапазонах употребление алкоголя выявлялось с различием в следующих уровнях: в 20-29 лет - 13,2% , 30-39 лет - 40,4 %, 40-49 лет-53,8 %, 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет не встречалось (0,0%).

С возрастом выявляемость данного фактора увеличивается в 4 раза ($p < 0,001$). Следует заметить, что среди ВИЧ – популяции, употребляющих спиртные напитки с частотой 64,9 %, наблюдалось недолжное состояние жевательного аппарата (отсутствие 1-2 коренных зубов) у ВИЧ -общей популяции 20-69 лет. В группе ВИЧ- женщин недолжное состояние жевательного аппарата отмечено у 46,7 %, а среди мужчин - в 84, 4 % случаев ($p < 0,05$). Кроме того, среди ВИЧ - общей популяции распространенность низкой физической активности составила 88,5 %, у женщин - 85,6 % и у мужчин 91,8 % ($p > 0,05$).

Таким образом, в зависимости от возраста, отмечено возрастание случаев выявляемости низкой физической активности до 92,3 % и недолжное состояние жевательного аппарата до 54,6 % или 2,2 раза ($p < 0,01$).

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСА И КУРЕНИЯ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Курение является приоритетным фактором риска ХГДЗ в современной популяции и в связи с этим изучение данного фактора в эпидемиологических исследованиях является важным научным направлением. Кроме того, исследователями указываются зависимость высокого риска развития ХГДЗ и их факторов риска от потребления наса. Поэтому мы изучили распространенность потребления наса и курения у ВИЧ-инфицированной популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска в отношении этих факторов риска среди ВИЧ-позитивного населения.

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. Использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку, сформирована репрезентативная группа из 507 ВИЧ-инфицированных лиц в возрасте 20-69 лет. Источником формирования выборки были списки ВИЧ-инфицированного населения, прикрепленных в региональный центр по профилактике и борьбе СПИДом.

Результаты и выводы. Из приведенных данных следует, что распространенность употребления наса и курение среди общей ВИЧ- популяции 20-69 лет составили – 29,2%, 40,9% и 30,6% - соответственно. Сравнительно большей частотой, выявлялись эпидемиологические показатели потребления наса (в 1,4 раза, $P<0,05$) и курения (на 1,0%, $P>0,05$). Наблюдаются статистически значимые различия в частоте этих ФР у мужчин и женщин. Так, частота потребления наса составили у женщин и мужчин, у ВИЧ-инфицированных, соответственно – по 0,0% и 84,0% ($P<0,001$) и курение – по 3,4% и 59,8% ($P<0,001$).

Далее изучалась распространенность потребления наса и курения среди ВИЧ-инфицированного населения с учетом возраста обследованных. В различных возрастных группах обследованных частота потребления наса выявлялись следующим образом: в 20-29 лет – 31,5%, 30-39 лет – 38,7%, 40-49 лет – 70,8% ($P<0,001$), 50-59 лет – 50,0% ($P<0,05$) и 60-69 лет – 100,0% ($P<0,001$). Среди общей ВИЧ- популяции курение выявлялось у 30,6%; наиболее высокие показатели ее распространенности были отмечены в возрастных группах – 50-59 лет (62,5%), 40- 49 лет (43,3%) и 30-39 лет (37,9%). Среди обследованных лиц в возрасте 60-69 лет курение не отмечалось (0,0%), а в самой молодой возрастной группе 20-29 лет выявлялось с наименьшей частотой – 16,8% ($P<0,001$).

**К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ТЕЧЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-
ORTEGA У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА**

Мамажонов У.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей путем совершенствования хирургической тактики с целью снижения частоты послеоперационных функциональных и органических осложнений, улучшения качества жизни остается в ряду приоритетных направлений детской хирургии. В оценке результатов хирургического лечения детей с БГ основное значение придаётся интраоперационным и ближайшим факторам, способным 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 ($3,7 \pm 0,7$ 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 сутки п/о) – 18,4%. Коэффициент не удержания кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о был почти в 2 раза больше (93,6%), чем в основной группе (44,7%). На момент выписки (8-15 сутки п/о) не удержание кишечного содержимого наблюдалось в группе сравнения у 21,3% пациентов, в основной группе – 10,5%.

Следующим сравнительным анализом в исследуемых группах в зависимости от методики операции и реабилитационной программы, явился анализ продолжительности различных этапов госпитального периода. Так, в основной группе пациентов длительность нахождения пациентов в ОРИТ составила 1,6 суток, а в группе сравнения – 3,4 ($t=7.63$; $p < 0,001$). Количество койко-дней после операции в основной группе составил 7,1 суток, в группе сравнения – 11,0 ($t=7.15$; $p < 0,001$). В группе сравнения общий госпитальный период составил 22,1 суток, а в основной группе этот показатель был значительно меньше - 15,1 ($t=7.23$; $p < 0,001$).

Таким образом, применение модифицированного способа операции De La Torre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга позволило улучшить все основные параметры оценки качества течения ближайшего послеоперационного периода ($p < 0,05$ - по сравнению показателей длительности обезболивания, восстановления перистальтики, начала энтерального питания и сроков активизации больных), а также сократить общую частоту осложнений с 63,8% (у 30 из 47 детей в группе сравнения) до 31,6% (у 12 из 38 детей в основной группе; $\chi^2=8,743$; $Df=1$; $p=0,004$) и соответственно период госпитализации с $22,1 \pm 3,2$ до $15,1 \pm 5,2$ суток ($t=7,23$; $p < 0,001$).

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ И ПОПУЛЯЦИОННО –ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕМИИ У НАРКОМАНОВ

*Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.
АндГосМИ, Андижан*

Анемия, особенно железодефицитные синдромы у ненаркотизирующихся населения – эпидемического характера распространенное заболевание и данной «модной» патологией болеют преимущественно лица младшей возрастной группы, женщины фертильного возраста и беременные. Около 1,8 млрд. человек страдает железодефицитными состояниями и железодефицитные анемии занимают первое место среди 38 патологических состояний (WHO, 1998).

Целью настоящего исследования: явилось – изучение медико–социальных и популяционно – профилактических аспектов анемий у наркоманов.

Материалы и методы: использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку. Сформирована репрезентативная выборка из 589 наркотизирующихся населения в возрасте 15-49 лет, которые привлечены к комплексному эпидемиологическому исследованию. Для диагностики анемий применялись опросные, клинические, биохимические и инструментальные методы.

Результаты и выводы: существуют проблемы запоздалой диагностики анемий и неадекватное оценки истинных ситуаций в отношении рискогенного фона анемий у наркоманов. Нами впервые получены новые данные по истинным показателям распространенности анемий у данной группы населения. Так, у наркоманов анемии определяются с частотой 83,9% и первичное звено нуждается к разработке регионального эпидемиологического модуля формирования анемий, способствующему расширению и углублению пропаганду здорового образа жизни среди наркотизирующихся населения существовали неоднозначные анемия в вопросах «главных» факторов анемий, особенно на фоне наркомании. Нами впервые изучены,

оценены и выделены 27 приоритетные риск – факторы, в основном ответственные за утяжеление анемий у наркоманов.

Для решения социально – медицинских и популяционно– профилактических проблем анемий у наркоманов, выявленных в наших исследованиях в условиях Ферганской долины, разработали новую технологию скрининга профилактики. Данная технология скрининговой профилактики приведет к эффективному управлению анемии и их факторов риска с учётом наркоситуации, значимо предотвращает преждевременного континуума от них у наркоманов.

Нами рекомендовано, что эпидемиологической мониторинга у наркоманов следует проводить с использованием комплексных (опросных, клинических, инструментальных, биохимических) эпидемиологических методов выявления анемий и факторов риска их развития.

БУДУЩЕЕ НЕФРОЛОГИИ, КОТОРОЕ УЖЕ НАСТУПАЕТ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В КЛИНИКЕ ХБП

*Мамасалиев Н.С., Мамасолиева Ш.А., Курбонова Р.Р., Сапиохунова Х.М.
АндГосМИ, Андижан*

Все заболевания мочевыводящей системы, в том числе хронические, болезни почек (ХБП), являются полиэтиологическими, то есть к ним предрасполагают многочисленные факторы риска. Поэтому логично предположение о том, что предотвращение последствий ХБП можно облегчить выявлением лиц с факторами риска и снижением уровня этих факторов у лиц без ХБП для его устранения или замедления его прогрессирования.

Цель исследования - изучение региональных, этнических и гендерных особенностей распространенности основных факторов риска у больных с ХБП.

Материалы и методы: наши эпидисследования на случайной пропорциональной 10 – процентной выборке 364 мужчин и 361 женщин в возрасте 18 – 70 лет по дизайну является не экспериментальными, по характеру получаемой информации описательными и аналитическими, по отношению времени изучения популяции – одномоментными. Факторы риска ХБП выявлялись по классификации и диагностическими критериями ВОЗ (1999). Определение ХБП базировалось клиническим практическим рекомендациям национального почечного фонда США (2004).

Результаты и выводы: цифровой анализ полученных результатов показал, что высокий риск развития ХБП и его осложнений ассоциируются следующими факторами риска, то есть эти риск - факторы у больных с ХБП регистрируются следующей частотой распространенности: плохие жилищные условия – 10,1% (у мужчин – 5,5% и у женщин – 12,1%; $P < 0,01$), низкое потребление овощей и фруктов – 19,7% (у мужчин – 23,0% и у женщин – 18,3%; $P > 0,05$), низкая физическая активность – 21,6% (у мужчин – 56,0% и у женщин – 7,6%; $P < 0,001$), лекарственная ятрогения – 9,2% (у мужчин – 11,0% и у женщин – 8,5%; $P > 0,05$), неблагополучный социальный статус – 54,9% (у мужчин – 27,4% и у женщин – 66,1%; $P < 0,01$), тяжелый физический труд - 61,6% (у мужчин – 74,7% и у женщин – 56,3%; $P < 0,05$), умственное напряжение – 38,4% (у мужчин – 53,8% и у женщин – 38,4%; $P < 0,05$), низкий образовательный статус – 1,9% (у мужчин – 2,2% и у женщин – 2,0%; $P > 0,05$), недостаточный медицинский контроль – 71,7% (у мужчин – 78,0% и у женщин – 69,2%; $P > 0,05$), злоупотребление алкоголем – 16,2% (у мужчин - 47,3% и у женщин – 3,5%; $P < 0,0001$), ожирение – 57,8% (у мужчин – 49,5% и у женщин - 61,2%; $P < 0,05$), дислипидемия – 40,6% (у мужчин - 35,2% и у женщин – 42,8%.; $P > 0,05$) и артериальная гипертония – 37,8% (у мужчин – 31,9% и у женщин – 40,2%; $P > 0,05$).

В целом, профилактическая активная стратегия у больных ХБП, построенная с учётом результатов подобных (выше установленных) эпидемиологических исследований даёт ответ на следующие вопросы: а) какая превентивная проблема ХБП требует активных действий? б) как следует действовать? (первичная, вторичная, третичная и неотложная профилактика): в) с кем следует взаимодействовать (нефрологом, врачом – трансплантологом, специалистом в области заместительной почечной терапии) для достижения позитивных результатов в профилактике, лечении и реабилитации больных с хроническими заболеваниями почек.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАННИХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ (В ПРИМЕРЕ РАБОТОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНА)

*Мамасалиев Н.С., Салохидинов А.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.
АндГосМИ, Андижан*

Скрининговые исследования в странах дальнего зарубежья обнаружили высокую распространенность ранних стадий хронических болезней почек (РС ХБП). Ежегодно в Узбекистане из 30 тысяч больных, зарегистрированных с нефропатологиями, у 5- 10% из них течение заболевания осложняется ХБП, а 1200 - погибают (Нуруллаев Р.Б и др., 2002).

Современная эпидемиологическая ситуация в отношении ХБП проблему раннего выявления этих, заболеваний делает, без всяких сомнений, крайне актуальным для науки, а вопросов эффективного профилактирования - краеугольным камнем в нефрологической практике.

Цель исследования – изучение распространенности ранних стадий хронической болезни почек в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: эпидемиологическое исследование, организованное на репрезентативной выборке (3640 мужчин и 3610 женщин), проводилось в три этапа. Соответственно этапам скрининга использовались специальные популяционные - клиничко-инструментальных методы. Пользовались критериями национального почечного фонда США (ISA,2002).

Результаты и выводы: распространенность РС ХБП среди неорганизованного населения работоспособного населения Андижана сравнительно высока и наблюдается с частотой 43,1% у мужчин – 27,4% и у женщин – 56,3% ($P<0,05$). В различных возрастных группах больных РС ХБП регистрируются с разной частотой: в возрасте до 20 лет – 9,5%, в 20- 29лет -27,6% ($P<0,01$), в 30-39лет -28,5% ($P<0,01$), в 40-49лет – 55,8% ($P<0,001$), в 50-59лет -77,1% ($P<0,0001$) и в 60-69 лет – 54,1% ($P<0,001$).

Практически такой же тенденцией определяются уровни РСХБП у мужчин и женщин в различных возрастных диапазонах в возрасте до 20лет – 10,0% и 22,6% ($P<0,01$), в 20-29 лет -22,8% и 31,7% ($P<0,05$), в 30-39- 23,6% и 32,9% ($P<0,05$), в 40-49 лет – 49,0% и 61,9% ($P<0,05$), в 50-59 лет 63,4% и 59,8% ($P>0,05$) и в 60-69 лет -57,8% - 51,7% ($P>0,05$) соответственно.

Частотные данные РС ХБП у обследованных коренных и некоренных (женщин и мужчин) различаются. В целом, эпидемиологические показатели распространенности РС ХБП некоренных мужчин и женщин достоверно ниже ($P<0,01$), чем у коренных мужчин и женщин ($P<0,01$).

Нами было отмечено, что частота выявляемости РС ХБП по мере ухудшения жилищно-бытовых условий увеличивается в 2,1 раза ($P<0,001$).

Следовательно, эффективная профилактика требует продолжения усилий по эпидемиологическому раннему выявлению РСХБП и активному профилактическому воздействию на отмеченных результатов нашего исследования.

**ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ НАРКОМАНИИ:
ПРИОРИТЕТЫ В СТРАТЕГИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ УЗБЕКИСТАНА**

*Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Курбанова Р.Р., Сапиохунова Х.М.
АндГосМИ, Андижан.*

Эпидемиологические взгляды к железодефицитным синдромам (ЖД) все больше встречаются в современных исследованиях. Доказано, что проблема широкого распространения ЖДС среди населения напрямую связана с ростом распространенности различных факторов риска и неинфекционных заболеваний в том или ином регионе мира.

Поиск новых региональных и эндемических факторов, влияющих на формирование и течение ЖДС является актуальной проблемой современной медицинской науке и практики.

Цель исследования- изучение ЖДС на фоне наркомании и определение приоритетов в стратегии раннего выявления и профилактики в Ферганской долине Узбекистана.

Материалы и методы: проведён эпидскрининг у 589 наркоманов, диагноз ЖДС устанавливался на основе клинических данных типичных сидеропенических, трофических расстройств, снижения гемоглобина, цветового показателя уровня сывороточного железа и ферритина.

Результаты и выводы: у наркоманов подтверждается значительное своеобразие «донозологического маршрута» и клинического течения ЖДС. Доказано, что приоритетами стратегии раннего выявления и профилактики ЖДС на фоне наркомании являются следующие факторы, а также ассоциированные патологические процессы: алиментарные, эпидемиологические, липидные, нелипидные биохимические факторами и микроэлементозы, геморрой, язвенная болезни желудка и 12- перстной кишки, хронический гепатит, хронический энтероколит и коагулопатии.

Считаем, что перечисленным объектам следует «прицеливаться» в проведении активных профилактических мероприятий и организации лечебного процесса в отношении ЖДС.

Анализ полученных нами результатов показал, что наркофон при наличии неправильного питания, способствует к увеличению риска развития опасных осложнений ЖДС – до 60%, а при наличии комплекса эпидфакторов риска и ассоциированных заболеваний - до 30,0% и 10,0% соответственно.

**ОТ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЙ К ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: РОЛЬ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИССЛЕДАВАНИЙ В ПОНИМАНИИ
«ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МАРШРУТОВ»**

*Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Мамасолиева Ш.А.
АндГосМИ, Андижан*

По данным современных, в основном, прикладных и экспериментальных исследований гораздо меньше известны «эпидемиологические маршруты» хронических заболеваний почек (ХБП).

Поэтому удаче в профилактике ХБП почти не ощутимы и нефрологическая заболеваемость остаются основными среди причин «почечного континуума».

Цель исследования- изучение «эпидемиологических маршрутов к ХБП» в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: эпидемиологическое исследование, репрезентативная выборка 3640 мужчин и 3610 женщин, обследование 603 населения, выявления факторов риска ХБП по критериям ВОЗ (WHO,1997) и диагностика ХБП с использованием скрининговых, клинических, биохимических, функциональных и инструментальных методов исследований.

Результаты и выводы: оказалось, что эффективным и экономически выгодным методом изучения «маршрутизации» ХБП является эпидемиологические исследования. Эпидемиологические подходы позволяют выявление популяции как клиническими признаками ХБП, так и с донозологическими проявлениями ХБП. Так, число больных с ХБП, по нашим данным, не получающих активное лечение и/или адекватную профилактическую помощь в три раза ниже (не больше 25,0%) истинной потребности. У 44, 7% обследованных выяснилось, что оказываемое лечебно- профилактическое воздействие практически не сказывается в эпидемиологической маршрутизации от отдельных нозологий к ХБП». Следовательно получается, что почти у каждого пациента с ХБП нефрологический континуум протекает без контроля и вне поле зрения врачей «первой линии». Утверждалась наша версия о том, что истинные показатели распространенности ХБП среди населения молодого и среднего возраста сравнительно высоки и существует прямая связь «маршрутизации ХБП» с эпидемиологическими (эндемическими) факторами риска совершенствование интеграции профилактической и лечебной помощи, направленная не только на фармакотерапии, но и, в первую очередь на повышение уровня знаний населения, информированности и практических навыков по фармаконадзору ХБП и повышению качества жизни.

ХРОНОПРОФИЛАКТИКА, ХРОНОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОНАЗОРАТ УЧУН ИНФЕКЦИОН КЕРАТИТНИ ТУРЛИ МЕТЕОШАРОИТЛАРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА РИВОЖЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – инфекциян кератитнинг турли метеошароитлар таъсирида ривожланиши ва клиник кечишининг фаслий ҳамда ойлик хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 10 йиллик клинко-метеорологик кузатувга 464 та беморлар жалб қилинди. Комплекс клиник ва махсус офтальмологик текширувлардан фойдаланилди. Деряпа ва Данишевский усуллари қўлланилиб биоиклимий – метеорологик шароитлар, уларни инфекциян кератитга боғланишлилик даражалари бахоланди.

Натижалар ва хулосалар: инфекциян кератит йил давомида метеоомилларни (қуёш ёғдуси – ҚЁ, барометрик босим 8 – ББ, хава нисбий намлиги – ХНН ва хава харорати – ХХ) ўзгариб туриши туфайли “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари билан кузатилади. Зеро, метеоомиллар патогенлиги яққол намоён бўлаётганлиги қуйидагича тасдиқланади. ҚЁнинг ўзгаришларида инфекциян кератитни “Кучайиши” ва “камайиш” частоталари – 28,1 фоиз ва 3,5 фоиздан ($p < 0,001$), ББда – 51,8 фоиз ва 1,5 фоиздан ($p < 0,001$), ХННда – 34,4 фоиз ва 24,6 фоиздан ($p < 0,05$) ва ХХда – 18,6 фоиз ва 1,7 фоиздан ($p < 0,0001$). Биз ушбу натижаларни 10 йил ўтиб қандай ўзгарганлигини кузатдик ва бу даврда инфекциян кератитни “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари ўзгача қайд этилди: ҚЁ таъсири туфайли – 10,7 фоиз ва 21,1 фоиздан ($p < 0,05$), ББда – 47,7 фоиз ва 3,8 фоиздан ($p < 0,001$), ХННда – 37,5 фоиз ва 21,1 фоиздан ($p < 0,05$) ва ХХда – 47,1 фоиз ва 5,9 фоиздан ($p < 0,001$).

Ойлар бўйича инфекциян кератит тарқалиш частотаси қуйидагича аниқланади: январда – 14,7 фоиз, апрелда 4,7 фоиз, майда – 3,1 фоиз, июнда – 7,8 фоиз, июлда – 7,8

фоиз, августда – 7,8 фоиз, сентябрь – 3,1 фоиз, октябрда – 4,7 фоиз, ноябрда – 7,2 фоиз, декабрда – 19,4 фоиз. Ушбу рақамлар профилактиканинг барча турлари бажариш учун “озуқа” бўлиб хизмат қилади.

АСОСИЙ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА МЕТЕОТРОПЛИ РЕАКЦИЯЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК, КЛИНИК ВА ХРОНОБИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ (КЕРАТОПАТИЯЛАР МИСОЛИДА)

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Қурбонова Р.Р., Каландаров М.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Офтальмологияда метеотропли реакцияларни тавсифларини тадқиқ қилиш актуал илмий йўналиш ҳисобланади. Чунончи, метеогелиоомиллар кўз касалликларини тарқалиши ва кўпайишига кучли таъсир этувчи хатар омил сифатида қабул қилина бошланганлиги тадқиқотчилар томонидан кенг мушоҳида қилинаётганлиги адабий маълумотлардан маълум бўлмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади – кератопатиялар мисолида асосий кўз касалликлари билан беморларда метеотропли реакцияларни (МР) эпидемиологик, клиник ва хронобиологик тавсифларини ўрганишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: уч йиллик клинικο-метеорологик текширув халқаро миқёсда тавсия этилган усуллар қўлланилиб бажарилди. Жами 464 та кератопатия билан (эркаклар – 53,2 фоиз ва аёллар – 46,8 фоиз) беморлар водий шароитида комплекс (клиник, инструментал, эпидемиологик, инструментал, биоиклимий) текширувдан ўтказилди (15-19 ёшда – 9,1 фоизи, 20-29да – 12,7 фоизи, 30-39да – 15,9 фоизи, 50-59да – 15,7 фоизи ва 60дан ошганлар – 26,6 фоизи).

Натижалар ва хулосалар: кератопатиялар мисолида тасдиқландики, кўз касалликларини даволаш ва профилактикасида метеотафаккурлаш, метеопрофилактика ва метеотропли реакцияларни барвақт прогнозлашга асосланган алгоритмларга асосланган тизим офтальмологик муаммоларни ечишда муҳим ўринни эгаллайди ва замонавий амалиётни мажбурий қисми сифатида уни қабул қилиш – зарурият ва эҳтиёж саналади.

Бизнинг натижаларимиз исботладилар-ки, метеоэлементлар тебраниб туришларида офтальмологик метеореакциялар – асосан кўрувни ёмонлашуви, блефароспазм, кўз гиперимияси, кўз оғриқлари ва умумий беҳоллик ҳамда уйқуни бузилиши кабилар билан ифодаланишади: кўрувни ёмонлашуви – 25,0 фоизгача кўз гиперимияси – 18,9 фоизгача, кўз оғриғи – 24,5 фоизгача, блефароспазм – 22,3 фоизгача; умумий беҳоллик – 20,5 фоизгача ва инсомния – 20,2 фоизгача етиб ифодаланадилар.

Метеопатик таъсирчанликни улканлаштирадиган фаслларни ажратиш мумкин бўлди. Қиш – 21,4 фоиз ($p<0,01$), ёзда – 20,9 фоиз ($p<0,01$) ва кузда – 17,9 фоизгача ($p<0,05$) кучайиб аниқланади.

МУГУЗ ПАРДА ЯРАСИНИ ХРОНОБИОЛОГИК ВА КЛИМАТОБИОРИТМОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Каландаров М.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – мугуз парда ярасининг (МПЯ) хронобиологик ва климатобиоритмологик хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: уч йиллик клиникометеорологик кузатувда 464 та беморлар комплекс эпидемиологик, клиник, биоиклимий ва офтальмологик текширув усуллари қўлланилиб тадқиқот қилинди.

Натижалар ва хулосалар: МПЯ йилнинг 4 фаслида 40,0 фоизгача етиб тафовутланиб ёки салкам 11 баробарга кўпайиб, термик режим тебраниб туришига боғлиқ холда, аниқланади. Масалан, қиш фаслида – 43,5 фоиз ва кузда ҳам шунга (43,5 фоиз) етиб ўсиш билан қайд этилади ($\chi^2=+0,92$, $p<0,001$). Лекин бахор ва ёз маълум даражада саноген омил бўлиб унга нисбатан кузатилади. Бу ойларда МПЯнинг тарқалиш даражаси кескин, хаво хароратига боғлиқ бўлиб, камаяди: тарқалиш частотаси мувофиқ бўлиб – 8,7 фоиз ва 4,3 фоиздан ошмасдан қайд этилади ($p<0,05$). Проспектив клиникометеорологик мониторингда яна тасдиқландики МПЯ частотасини ортиш ва симптомларини авжланиб ифодаланишлари йилнинг барча мавсумларида энг кўп атмосфера босими амплитудасининг 1-6 мб ва 7-14 мбга етиб тебраниб туришларида, хаво хароратининг $+7^{\circ}\text{C}$ дан то $+20^{\circ}\text{C}$ гача етиб тебраниб туришларида ва қуёш ёғдусининг 9,2 – 10,4 соатдан то 13,1 – 14,3 соатгача тенг бўлиб ўзгариб туришларида кузатилади.

Демак, таҳлиллар шаҳодатлик беради-ки, иқлимий-метеорологик шароитлар билан МПЯни келиб чиқиши ва авжланиб кечиши ўртасида узвий-тўғри чизикли корреляцион боғланишлик бор. Даволаш ва профилактик тадбирларни ташкил этишда ушбуларни эътиборга олинса мақсадга мувофиқ бўлади.

Йилнинг турли ойлари кесимида ҳам метеобосим билан МЯП “оловланиши” ўртасидаги боғланишлик сақланиб қолишлиги олинган натижаларда эътиборимизни тортди.

Хуллас, МПЯ тарқалиш даражаси энг юқори ойлар бўлиб ноябрь (21,7 фоиз), февраль (17,4 фоиз), декабрь (17,4 фоиз) ва сентябрь (13,0 фоиз) хисобланади. Икки баробардан ошиқроққа етиб МПЯни камайиши октябрь (8,7 фоиз), январь (8,7 фоиз) ва март (8,7 фоиз) ойларига тўғри келади ($p<0,01$). Апрель, май, июнь ва июль ойларида касаллик умуман қайд этилмаслиги (0,0%) ҳам диққатни алоҳида жалб қилади. Касалликни “қайтадан пайдо бўлиш муддати” августга тўғри келади: оз частота билан бошланиб (4,3 фоиз) кейинги ойлар сари кўпайгандан – кўпайиб боришда давом этади ($\chi^2=0,96$; $p<0,001$).

ТУРЛИ ГЕРОНТОЛОГИК ЁШ ГУРУХЛАРИГА МАНСУБ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АХОЛИСИДА ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

*Мамасолиев З.Н., Хакимова З.К., Мамасолиев Н.С.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – турли геронтологик ёш гурухларига мансуб Фарғона водийси аҳолисида очик бурчакли глаукомани (ОБГ) эпидемиологиясини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. 524та ≥ 60 -90ёшли водий аҳолисида 4 йиллик проспектив эпидемиологик таҳлил ўтказилди. Эпидемиологик, офтальмологик, инструментал ва статистик текширув усулларида комплекс фойданилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. Геронт популяцияда очик бурчакли глаукомани(ОБГ) 23,1 фоиз тарқалиш частотаси билан аниқланади ва ёш таъсирида унинг ортиши 27 фоизни ташкил этади ($p<0,01$). Турли ёш гурухларида қуйидагича аниқланади: 60 – 74 да 20,3 фоиз 75-89 да - 24,3 фоиз, ≥ 90 да-47,1фоиз[RR=2,0; ДИ=(1,01-4,12); $\chi^2=9,90$; $p<0,05$].

ОБГ аёлларда-25,8фоиз ва эркакларда (≥ 60 -90ёшлиларда)-19,3 фоиздан, яъни 5,5 фоиз фарқ билан ($p<0,005$) тасдиқланади. Шундай тафовут турли ёш гурухларида

хам сақланиб қолади ва эркак хам аёлларда мувофиқлик билан қуйидагича ОБГ қайд этилади: 60-74да -17,3 ва 23,1 фоиздан ($p=0,33$), 75-89 ёшда-26,2 ва 23,4 фоиздан ($p=0,77$) ва ≥ 90 ёшда-25,0 ва 53,8 фоиздан ($p<0,05$).

Хулоса тарзида фикр билдириш мумкин, ушбу тадқиқот илк проспектив текширув хисобланади ва унда қўлланилган илмий ёндашувлардан келгусидаги қўламли профилактик мохиятли текширув хамда дастурларда фойдаланиш мумкин. Қилинган хулосаларни реал фаолиятга қабул қилиниши эса глаукоматоз “охирги нуқталар” хавфини энг камида 20,0 фоизгача етиб бартарафлайди.

ХРОНОПРОФИЛАКТИКА, ХРОНОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОАЗОРАТ УЧУН ИНФЕКЦИОН КЕРАТИТНИ ТУРЛИ МЕТЕОШАРОИТЛАРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА РИВОЖЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

*Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЁИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – инфекцион кератитнинг турли метеороитлар таъсирида ривожланиши ва клиник кечишининг фаслий хамда ойлик хусусиятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: 10 йиллик клинко-метеорологик кузатувга 464 та беморлар жалб қилинди. Комплекс клиник ва махсус офтальмологик текширувлардан фойдаланилди. Деряпа ва Данишевский усуллари қўлланилиб биоиклимий – метеорологик шароитлар, уларни инфекцион кератитга боғланишлилик даражалари бахоланди.

Натижалар ва хулосалар: инфекцион кератит йил давомида метеоомилларни (күёш ёғдуси – ҚЁ, барометрик босим 8 – ББ, хаво нисбий намлиги – ХНН ва хаво харорати – ХХ) ўзгариб туриши туфайли “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари билан кузатилади. Зеро, метеоомиллар патогенлиги яққол намоён бўлаётганлиги қуйидагича тасдиқланади. ҚЁнинг ўзгаришларида инфекцион кератитни “Кучайиши” ва “камайиш” частоталари – 28,1 фоиз ва 3,5 фоиздан ($p<0,001$), ББда – 51,8 фоиз ва 1,5 фоиздан ($p<0,001$), ХННда – 34,4 фоиз ва 24,6 фоиздан ($p<0,05$) ва ХХда – 18,6 фоиз ва 1,7 фоиздан ($p<0,0001$). Биз ушбу натижаларни 10 йил ўтиб қандай ўзгарганлигини кузатдик ва бу даврда инфекцион кератитни “Кучайиш” ва “Камайиш” частоталари ўзгача қайд этилди: ҚЁ таъсири туфайли – 10,7 фоиз ва 21,1 фоиздан ($p<0,05$), ББда – 47,7 фоиз ва 3,8 фоиздан ($p<0,001$), ХННда – 37,5 фоиз ва 21,1 фоиздан ($p<0,05$) ва ХХда – 47,1 фоиз ва 5,9 фоиздан ($p<0,001$).

Ойлар бўйича инфекцион кератит тарқалиш частотаси қуйидагича аниқланади: январда – 14,7 фоиз, апрелда 4,7 фоиз, майда – 3,1 фоиз, июнда – 7,8 фоиз, июлда – 7,8 фоиз, августда – 7,8 фоиз, сентябрь – 3,1 фоиз, октябрда – 4,7 фоиз, ноябрда – 7,2 фоиз, декабрда – 19,4 фоиз. Ушбу рақамлар профилактиканинг барча турлари бажариш учун “озуқа” бўлиб хизмат қилади.

ПРИЧИНЫ УХУДШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ В ОТНОШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Мамасолиева Ш.А., Ибрагимов М.К., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У.
АндГосМИ, Андижан*

Цель исследования: изучение и оценка эпидемиологических условий в отношении функциональных сердечно – сосудистых заболеваний в примере

нейроциркуляторной астении (НЦА) среди населения на фоне ВИЧ инфекции (ВИЧанЦА).

Материалы и методы: эпидемиологические исследования с применением стандартизованных и унифицированных методов ВОЗ у 341 ВИЧа популяции в условиях Ферганской долины.

Результаты и выводы: Прежде всего обращает на себя внимание выявленный научный факт о том, что ВИЧанЦА преобладает в следующих группах обследованных: 1) у горожанам (57,5%) по сравнению сельскими жителями (42,5%), $P < 0,05$; 2) у без работных (73,0%), чем среди работников других отраслей (10,9%), $P < 0,001$; 3) у юношей (36,6%) по сравнению с пожилыми (5,2%), $P < 0,001$; 4) у узбеков (90,0%), чем русские (10,0%), $P < 0,001$; 5) у людей со средним образовательным статусом (71,7%) по сравнению с лицами незаконченным средним (9,8%) или колледжным (16,2) образованиями, $P < 0,001$.

Оказалось, что ведущими причинами скопления патогенных эпидемиологических условий в отношении развития ВИЧанЦА являются такие соматические факторы как гиперхолестеринемия (10,5%), гиперурикемия (13,6%), избыточная масса тела (11,7%) и модифицируемые риск факторы: курение – 27,2%, употребление алкоголя (28,2%), низкая физическая активность – 51,3%) и низкое потребление овощей и фруктов – 50,4%.

Резюмируя констатированных популяционных данных можно будет выделить агрессивных моментов, «корректируя которых можно» было бы значительно улучшить прогноза ВИЧанЦА. Самое главное среди них, это – наличие, в 50,2% случаев, у ВИЧи населения фактора неправильного питания. ВИЧи населения характеризовалась высокой частотой выявляемости низкого потребления овощей и фруктов в ежедневном рационе.

«ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ДОРОГА» ОТ ФАКТОРОВ РИСКА К ХБП: КАК ПРОДЛИТЬ ДИСТАНЦИИ? (РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Мамасолиева Ш.А., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Сапиохунова Х.М.
АндГосМИ, Андижан*

Наблюдаются заметные расхождения в показателях заболеваемости хронической болезни почек (ХБП) различных исследователей. Это в существенной степени связано с достаточно большим количеством латентных форм ХБП, низкой обращаемостью и недостаточным охватом больных диспансерным наблюдением. Самое главное замысль заключается в другом, что на формирование ХБП («эпидемиологическую дорогу» развития) оказывают ряд общих, в том числе региональных факторов риска. Поэтому для суждения об истинной распространенности ХБП и её факторов риска развития следует проводить популяционные исследования, позволяющие выявить практически все «эпидемиологические дороги» забеливания и открывающие путей продления дистанции от факторов риска до ХБП.

Цель исследования – поиск и определение эпидемиологических путей продления дистанции от факторов риска к ХБП среди населения Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: осуществлялось эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке неорганизованного городского населения Андижана трудоспособного возраста (603 человек; мужчин – 46,4% и женщин – 53,6%; аборигены – 92,5% и некоренные жителей – 7,5%). В диагностике ХБП и выявлении её факторов риска руководствовались международными общепринятыми рекомендациями (WHO, 2000).

Результаты и выводы: среди населения изученного региона Ферганской долины (в примере Андижана) высокой частотой распространенные как внешние, так и внутренние (модифицируемые и немодифицируемые) факторы риска ХБП. Раннее формирование неблагоприятных эпидемиологических условий в отношении сокращения дистанций от нозологий к ХБП происходит в результате воздействия 31 региональных факторов риска: артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, курении, избыточной массы тела, злоупотребление алкоголя, психоэмоционального напряжения, недостаточного медицинского контроля, низкого образовательного статуса, тяжелого умственного труда, неблагоприятного социального статуса, злоупотребления лекарственных средств, гиподинамии, низкого потребления фруктов и овощей, плохих жилищно-бытовых условий и ассоциированных патологических состояний.

Таким образом, в раннем «закрытии эпидемиологической дороги» ХБП и реализации лечебно – профилактических и оздоровительных программ в отношении этих болезней следует ориентироваться поэтим факторами риска региона.

ОПРЕДЕЛИТ ЧАСТОТУ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.

Маматхужаев А.С.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Введение. Коронавирусное заболевание 2019 (COVID-19) вызывается тяжелым острым респираторным синдромом коронавирусом-2 (SARS-CoV-2) и может привести к активации системной коагуляции. Первоначальные исследования, проведенные в Китае, сообщают об увеличении D-димеров (0,5 мг/л или выше) у 46–63% пациентов, а также о других признаках активации коагуляции, включая легкую тромбоцитопению и умеренно пролонгированное протромбиновое время.

Цель исследования. Изучить частоту объективно подтвержденной венозной тромбоэмболии (ВТЭ) у госпитализированных пациентов с COVID - 19. После пандемического распространения SARS-CoV-2 было несколько анекдотических сообщений от коллег о высокой частоте тромботических осложнений, включая тромбоз экстракорпоральных контуров для непрерывной венозной гемофильтрации, тромбоз, связанный с центральным венозным катетером, и тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы исследования. Мы идентифицировали последовательных пациентов, поступивших по поводу COVID-19 в Андижанская областная инфекционная больница, расположенный в городе Андижан, до 20 апреля 2021 года. COVID-19 был подтвержден с помощью теста полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (RT-PCR) в носу / горле. мазок или образец мокроты положительный на SARS - CoV - 2. Учитывая чувствительность ОТ-ПЦР только от 50% до 80% ежедневная мультидисциплинарная команда также считала COVID-19 подтвержденным у пациентов с отрицательной ОТ-ПЦР, но с симптомами и течением заболевания, соответствующими COVID-19, отсутствием альтернативный диагноз, а также компьютерная томография (КТ) грудной клетки, показывающая аномалии, весьма подозрительные для типичного легочного поражения COVID 19.

Результаты исследования. Первичным результатом был объективно подтвержденный диагноз дистального или проксимального ТГВ, ТЭЛА или венозного тромбоза на других участках, включая тромбоз, связанный с катетером. Вторичным исходом была симптоматическая ВТЭ, за исключением событий, выявленных при двустороннем ультразвуковом обследовании ног. Все результаты были оценены двумя авторами (MC и NvE). Мы не рассматривали случаи смерти для определения летальной

ПЭ, потому что почти все смерти были вызваны гипоксемической дыхательной недостаточностью, которая может быть неотличима от летальной ПЭ, в то время как вскрытия редко выполнялись у пациентов с COVID-19.

Вывод. Данные пациентов были ретроспективно проанализированы со дня поступления в нашу больницу (также в случае перевода пациента из другой больницы) до смерти, выписки из больницы, перевода в другую больницу или окончания сбора данных 22 мая 2021 г. Мы собрали данные, по демографии и анализу крови при поступлении. Уровни D-димера были включены, если они были измерены в течение 72 часов после поступления. Официального одобрения Комитета по рассмотрению медицинской этики не требовалось, поскольку Закон о медицинских исследованиях с участием людей не распространяется на это наблюдательное исследование.

КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ КОМБИНАЦИИ ВИТАМИНА D, МАГНИЯ И ВИТАМИНА В₁₂ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДО ТЯЖЕЛЫХ ИСХОДОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСОМ

*Маматхужаев Азамат Саидакбарович
Андижанский Государственный Медицинский институт*

Введение. Пандемия коронавируса (COVID) -19, начавшаяся в конце 2019 года, бушевала по всему миру, на сегодняшний день зарегистрировано более 20 миллионов инфекций и 700000 смертей. Широкая тема иммунного гипервоспаления стала ключевым фактором, определяющим исход болезни, а неконтролируемый иммунный ответ постулируется как патофизиологический фактор тяжести заболевания. Интуитивно иммуномодуляция становится привлекательной потенциальной стратегией лечения. Помимо поражения легких, часто возникают желудочно-кишечные симптомы с худшим прогнозом [1]. Большая часть текущих терапевтических усилий направлена на устранение вируса, а не на упреждающую модуляцию гипервоспаления. Последней роли может служить ряд иммуномодулирующих агентов. Например, витамин D оказывает защитное действие против инфекций дыхательных путей [3]. Магний усиливает функцию витамина D, а также является антигипертензивным, антитромботическим и бронхолитическим средством [4,5]. Витамин В₁₂ является важным модулятором микробиоты кишечника [6].

Цель исследования. Целью этого исследования было определить клинические исходы у пожилых пациентов с коронавирусом (COVID-19), которые получали комбинацию витамина D, магния и витамина В₁₂, по сравнению с теми, кто этого не делал. Мы предположили, что меньшему количеству пациентов, которым вводили эту комбинацию, потребовалась бы кислородная терапия, интенсивная терапия или комбинация того и другого, чем тем, кто этого не делал.

Материалы и методы исследования. Это было когортное наблюдательное исследование всех последовательно госпитализированных пациентов в возрасте ≥ 50 лет с COVID-19 в областном инфекционном больницу. До 6 апреля 2021 года ни один пациент не получал комбинацию. После этой даты пациенты получали 1000 МЕ / сут перорального витамина D₃, 150 мг / сут перорального магния и 500 мкг / сут перорального витамина В₁₂ при поступлении, если им не требовалась кислородная терапия. Первичным результатом было ухудшение состояния, которое привело к любой форме кислородной терапии, интенсивной терапии или и того, и другого.

Результаты исследования. В период с 15 января по 15 апреля 2021 года мы идентифицировали 43 последовательных пациента в возрасте ≥ 50 лет с COVID-19. Семнадцать пациентов получали комбинацию до появления первичного результата, а 26 пациентов - нет. Исходные демографические характеристики между двумя

группами значительно различались по возрасту. В однофакторном анализе возраст и артериальная гипертензия оказали значительное влияние на результат. После отдельной поправки на возраст или артериальную гипертензию в многофакторном анализе группа вмешательства сохранила защитную значимость. Меньше пролеченных пациентов, чем контрольная группа, потребовалось начать кислородную терапию во время госпитализации (17,6 против 61,5%, $P = 0,006$). Воздействие комбинации было связано с отношениями шансов 0,13 (95% доверительный интервал [CI], 0,03–0,59) и 0,20 (95% CI, 0,04–0,93) для кислородной терапии, интенсивной терапии или того и другого в однофакторном и многомерном анализе, соответственно.

Выводы. Комбинация витамина D / магния / витамина B₁₂ у пожилых пациентов с COVID-19 была связана со значительным сокращением доли пациентов с клиническим ухудшением, требующих кислородной поддержки, интенсивной терапии или того и другого. Это исследование поддерживает дальнейшие более крупные рандомизированные контролируемые испытания, чтобы убедиться в полной пользе этой комбинации для облегчения тяжести COVID-19.

ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОСКАНА В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В+D.

Маматхужаев Азамат Саидакбарович

*Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра инфекционных
болезней*

Метод исследования. Фиброскан в настоящее время остается наиболее удобным способом точной диагностики заболевания и определения его стадий. В течение многих лет лечение вирусного гепатита В+D проводилось в комбинации с интерфероном α и Рибовирином, гепатопротектором. Но дело в том, что у этих препаратов очень много противопоказаний, их необходимо употреблять в течение длительного времени, тем самым вызывая множество осложнений из-за недостаточной сферы действия. В связи с этим комбинация аналогов нуклеозидов и интерферонотерапии при лечении хронического вирусного гепатита В+D против вируса остается наиболее эффективным методом лечения на сегодняшний день.

Цель. Целью исследования было изучение распространенности, клинических, эпидемиологических характеристик хронического вирусного гепатита В+D, сравнение традиционной и современной этиотропной терапии при лечении заболевания и диагностика заболевания с помощью биохимического и современного эластометрического (фиброскан) исследования.

Фиброзные изменения в ткани печени у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В+D, которые проходили лечение в Андижанской областной инфекционной больнице и частично находились на амбулаторном лечении, были исследованы с помощью фиброскана.

Пациенты были разделены на 3 группы: 19 пациентов в первой группе лечили аналогом нуклеозида - Тенофовиром, 19 пациентов во второй группе - аналогом нуклеозида - Тенофовиром+Экекавиром и 20 пациентов в третьей основной группе лечили аналогом нуклеозида-Тенофовиром+Экекавиром и Интерфероном.

Выводы. Новое поколение нуклеозидных аналогов при хроническом вирусном гепатите В+D привело к исчезновению клинических признаков заболевания у пациентов при одновременном применении Энтекавира, Тенафовира и Интерферона, улучшению гемостаза с более быстрой нормализацией биохимических маркеров.

ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОСКАНА В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В+D.

Маматхужаев А.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

Метод исследования. Фиброскан в настоящее время остается наиболее удобным способом точной диагностики заболевания и определения его стадий. В течение многих лет лечение вирусного гепатита В+D проводилось в комбинации с интерфероном α и Рибовирином, гепатопротектором. Но дело в том, что у этих препаратов очень много противопоказаний, их необходимо употреблять в течение длительного времени, тем самым вызывая множество осложнений из-за недостаточной сферы действия. В связи с этим комбинация аналогов нуклеозидов и интерферонотерапии при лечении хронического вирусного гепатита В+D против вируса остается наиболее эффективным методом лечения на сегодняшний день.

Целью исследования. было изучение распространенности, клинических, эпидемиологических характеристик хронического вирусного гепатита В+D, сравнение традиционной и современной этиотропной терапии при лечении заболевания и диагностика заболевания с помощью биохимического и современного эластометрического (фиброскан) исследования.

Фиброзные изменения в ткани печени у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В+D, которые проходили лечение в Андижанской областной инфекционной больнице и частично находились на амбулаторном лечении, были исследованы с помощью фиброскана.

Пациенты были разделены на 3 группы: 19 пациентов в первой группе лечили аналогом нуклеозида - Тенофовиром, 19 пациентов во второй группе - аналогом нуклеозида - Тенофовиром+Экекавиром и 20 пациентов в третьей основной группе лечили аналогом нуклеозида-Тенофовиром+Экекавиром и Интерфероном.

Новое поколение нуклеозидных аналогов при хроническом вирусном гепатите В+D привело к исчезновению клинических признаков заболевания у пациентов при одновременном применении Энтекавира, Тенафовира и Интерферона, улучшению гемостаза с более быстрой нормализацией биохимических маркеров.

РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Маткаримов Б.Х., Зияев Х.

Андижанский Государственный медицинский институт.

До настоящего времени острая кишечная непроходимость (ОКН) продолжает оставаться одной из актуальных и сложных проблем экстренной хирургии. Послеоперационная летальность остаётся высокой и колеблется по данным разных авторов от 2% до 20%, не имея тенденции к снижению.

Цель исследования. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось: улучшение результатов лечения больных ОТКН путем разработки и оценки эффективности методов регионарной эндолимфатической терапии.

Материалы и методы. Для решения этой цели нами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 118 больных ОТКН,

находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении клиники АГМИ за период с 2017 по 2022 годы. Лечебные мероприятия у больных ОТКН были направлены на коррекцию расстройств гемодинамики и дыхания, сопутствующих патологий, нарушений водно-электролитного баланса. С целью объективной оценки результатов примененных методов лечения ОТКН все больные были разделены на 2 группы с учетом примененного метода лечения: контрольная 55 больных, и основная 63 больных. Как в контрольной, так и в основной группе выполнялось оперативное вмешательство, направленное на устранение причины ОТКН, а также назоэнтеральную интубацию кишечника. В основной группе операция была дополнена установлением микроиригатора в брыжейку тонкого кишечника для проведения в послеоперационном периоде регионарной лимфотропной терапии. Введение препаратов в микроиригатор для проведения регионарной лимфотропной терапии осуществляли капельно в растворителе один раз в сутки. При этом общий объем вводимой жидкости составлял 150 мл в сутки. Курс лимфатической терапии включал стимуляцию лимфатического дренажа, антибактериальную терапию. Стимуляцию лимфатического дренажа осуществляли введением гепарина по 5000 ЕД, «Лидаз» в дозе 64 ЕД, «Даларгин» в дозе 1 мг. Длительность регионарной лимфотропной терапии зависела от нормализации показателей эндотоксемии. Всем больным до операции, а также в послеоперационном периоде для объективной оценки состояния определяли степень ЭИ. В качестве маркеров ЭИ нами выбраны: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), концентрация токсинов молекул средней массы (МСМ), концентрация продуктов азотистого обмена (мочевина, креатинин), парамецийный тест. Двигательную активность ЖКТ у оперированных больных в раннем послеоперационном периоде определяли методом периферической полиэлектроэнтерографии (ПЭЭГ).

Результаты и их обсуждения. Проведенный анализ результатов лечения больных контрольной группы, которым проведен стандартный комплекс лечебных мероприятий при ОТКН, показал, что их выполнение способствовало освобождению ЖКТ от значительного количества токсических веществ, как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Для более адекватного лечения данной категории больных, особенно при третьей степени ЭИ, на наш взгляд было бы вполне оправданным включение в комплекс лечебных мероприятий дополнительных способов детоксикации. В связи с этим мы решили изучить возможности регионарной лимфотерапии в комплексном лечении ОТКН. Исходя из этого, мы у 63 больных ОТКН комплексное лечение дополнили регионарной лимфатической терапией. У больных основной группы благодаря проведению ДК, КЛ, а также регионарной лимфостимуляции и лимфотропной терапии наблюдалось уменьшение частоты послеоперационных осложнений до 7,8%. В результате применения данного лечения мы добились снижения числа осложнений с 21,8% до 7,8%. Кроме того, благодаря включению в комплексное лечение ОТКН регионарной лимфатической терапии, нами достигнуто снижение летальности более чем в 4 раза. Особо важную роль регионарная лимфатическая терапия сыграла у больных со второй и третьей степенями эндотоксемии.

Вывод: Таким образом, дополнение комплексного лечения ОТКН регионарной лимфатической терапией позволило значительно снизить число послеоперационных осложнений и летальности у данной категории больных.

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ЎҚИТУВЧИЛАРИДА К
ЎП УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАРТАҲЛИЛИ

*Махаммадиев Б.Ф., Расулова Л.Л., Рахимова Д.Ж.
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети*

Аннотатсия: Ҳозирги кунда дунё бўйича ақлий меҳнат кишилари жумладан, ўқитувчилар орасида айрим касалликларнинг кўпайганлиги кузатилмоқда. Олимларнинг фикрига кўра бу касалликларнинг 70% касбий фаолият билан боғлиқлиги айтилмоқда. Бу касалликлар орасида гипертония, юрак ишемик касалликлари, қандли диабет, турли хилдаги бўғим касалликлари, невроз ҳолатлари йуқори ўринда туради. Бундан ташқари уларда куннинг асосий қисмини ёпиқ жойларда (аудиторияларда) ўтказилганлиги сабабли, ультрабинафша нурунинг етишмовчилик ҳолатлари ва бунинг оқибатида эса, витамин Д танқислиги ва кальций-фосфор алмашинуви бузулиши ва нитажада остеопароз, остеоартроз каби ҳолатларнинг кучайиши келиб чиқади.

Олимларнинг тадқиқотлари натижалари шуни кўратадики бу касалликлар асосан меҳнат фаолиятидаги стресс факторлари, кам ҳаракат турмуш тарзи, нотўғри овқатланиш билан боғлиқ.

Мақсад: Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети ўқитувчилари орасида кўп учрайдиган касалликларни ўрганиш ва келтириб чиқарувчи сабабларини аниқлаш.

Материаллар ва методлар. Самарқанд Давлат Тиббиёт Университетининг 78 нафар 31-73 ёшгача бўлган 42 нафар аёл (53.8%) ва 36 нафар эркак (46.2%) ўқитувчилар ўртасида сўровнома ўтказилди.

Текширув натижалари: Сўровнома натижасига кўра 45 ёшдан 73 ёшгача бўлган, анамнезида наслий мойиллик аниқланмаган 12 нафар ўқитувчиларда қандли диабет (17,9% - 4 нафар эркак ва 8 нафар аёл), 48 ёшдан 71 ёшгача бўлган 11 нафар ўқитувчиларда артериал гипертензия (16,4% - 4 нафар эркак ва 7 нафар аёл), 38 ёшдан 56 ёшгача бўлган 8 нафар ўқитувчиларда юрак ишемик касалликлари (12% - 5 нафар эркак ва 3 нафар аёл), 38 ёшдан 64 ёшгача бўлган 7 нафар ўқитувчиларда артрит ва артроз (10,5% - 3 нафари эркак ва 4 нафари аёл), 41 ёшдан 73 ёшгача бўлган 13 нафар ўқитувчиларда семизлик (19,5% - 8 нафари аёл ва 5 нафари эркак), 36 ёшдан 57 ёшгача бўлган 11 нафар ўқитувчиларда оёқ веналарининг варикоз кенгайиши (16,4% - 8 нафар аёл ва 3 нафари эркак), 23 ёшдан 47 ёшгача бўлган 5 нафар ўқитувчиларда ҳар хил сабабларга кўра бош оғриги (7,4% - 4 нафари аёл ва 1 нафари эркак) аниқланди. Текширув натижаларига кўра 85,9% умумий текширилувчилардан аёлларнинг улуши 62,6%, эркакларнинг улуши эса 37,3% га тўғри келади.

Хулоса: Хулоса қилиб шуни айтишимиз мумкинки, ўқитувчилар ўртасида келиб чиқадиган касалликларнинг асосий қисмини семизлик 19,5%, қандли диабет 17,9%, артериал гипертензия 16,4% ни ташкил қилди. Йуқорида кўрсатилган таҳлил натижалари бўйича семизлик, қандли диабет ва артериал гипертензия ва оёқ веналарининг варикоз кенгайиши эркакларга нисбатан аёл ўқитувчиларда кўпроқ қайд этилиши маълум бўлди.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ В УРОИНФЕКЦИИ

МАХМУТОВ Р. Х., АБДУЛЛАЕВА Т. Ю.

*Ферганский государственный медицинский институт общественного
здравоохранения.*

Актуальность. С давних времён лечение лекарственными средствами всегда была роскошью для всех времён и народов. В то время, когда ещё человек имел очень

слабое представление о своем организме, способы лечения могли быть самыми невероятными. Свекла использовалась как слабительное, а красное вино с толченым изумрудом (гранат) было противоядием. Например, в древнем Междуречье все болезни лечили одним способом, евреи лили воду на кончик носа больного. Почему-то считав нос самой главной точкой всего организма. С тех пор много воды утекло, а врачевание не осталось на месте. В лечении всех заболеваний и недугов сопутствовалась фармацевтическая индустрия. Прогресс в естественных науках увлек за собой и фармацевтику, создав базу для рационального «проектирования» лекарств, в том числе на основе биологических молекул. На сегодняшний день мы можем с гордостью сказать, что по большей мере заболеваний приходящихся на вчерашние и сегодняшние дни возможно вылечить благодаря фармацевтическим препаратам. Для нашего региона в целом заболевание почек и мочевыводящей системы приходится на 6 место после сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2018 года, смертельные случаи от болезни почек в Узбекистане достигли 5.147 или 3,27% от общей смертности. Скорректированная на возраст смертность составляет 23,08 на 100.000 населения, занимает Узбекистан №58 в мире.

Цель исследования. Изучение влияния фармацевтических препаратов в лечении пациентов с уроинфекцией.

Материал и методы. Специалистами были исследованы амбулаторные карты 70 пациентов от 25 до 62 лет, в Урологическом центре г. Ферганы. Во время исследования специалистами амбулаторных карт учитывались последующие показатели: жалобы (на начало заболевания и на момент исследования), анамнез (биологический и генеалогический), объективные материалы (физическое развитие, состояние дермы и подкожно-жировой клетчатки, данные осмотра области мочевого пузыря, абдоминальная область, поясничная, болезненные ощущения при пальпации в мочеточниковых точках, пальпации почек, метод поколачивания-Симптом Пастернацкого), лабораторные методы (общий анализ мочи, бактериальный посев, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого) и данные инструментальных исследований (УЗИ, цистография). Диагноз пиелонефрит был у 49 человек (из них острый – у 40%, а хронический – у 60%). Инфекцию мочевыводящих путей имели 3 пациента (5,7%), у одного был абсцесс почки (1,9%). Сопутствующая патология была выявлена у 39,5% пациентов и представлена следующими заболеваниями: цистит, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, синдром Фрейли, микрогематурия, энурез, пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных преобладали женщины (81%). Выявлено, что почти в 40% случаев заболевание мочевыделительной системы впервые было обнаружено по изменениям в общих анализах мочи (ОАМ). У данной категории больных не отмечалось никаких жалоб на момент начала заболевания, и ОАМ проводился в рамках медицинского учреждения наблюдения за здоровыми пациентами. На начало заболевания дизурические явления в виде болезненности при мочеиспускании, изменения его частоты, ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, натуживания при мочеиспускании наблюдались у 25 пациентов (47%), а энурез – у 7 (13,2%). У 7 человек наблюдался болевой абдоминальный синдром (13,2%) и лишь у 1 – боли в поясничной области. Синдром интоксикации проявлялся головной болью, слабостью, снижением аппетита у 13 пациентов (24,5%), повышение температуры – у 12 (22,6%). У более чем половины исследуемых наблюдалась отягощенность генетического анамнеза. Из них по заболеваниям мочевыделительной системы (МВС) - у 15 пациентов (53%), в том числе в 9 случаях в анамнезе выявляется хронический пиелонефрит у матери. У 48 пациентов (90,5%) выявлен отягощенный биологический анамнез (патология беременности у одного из родителей). Оперативное родоразрешение проводилось в 6 случаях. В двух

случаях по результатам УЗИ была выявлена аномалия развития МВС и расширение почечных лоханок у плода. По данным ОАМ наиболее выраженные изменения выявлены у пациентов от 47 до 60. У них чаще наблюдаются лейкоцитурия и протеинурия, наиболее высокое количество лейкоцитов в поле зрения $32,8 \pm 8,9$. Имеется случай и макрогематурии. УЗИ почек показало изменения у большинства пациентов. Наиболее часто встречалась пиелоэктазия, она выявляется у 27 (51%). На втором месте стоит уплотнение и утолщение стенок чашечно – лоханочной системы – 23 пациента (44%). Кроме того, отмечены такие изменения, как гипотония мочеточников, расширение мочеточника, пузырно – мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз, которые непосредственно способствуют нарушению пассажа мочи и ее застою, а, следовательно, и колонизации бактерий, и развитию воспалительного процесса. В анализе мочи по Нечипоренко у 32 пациентов лейкоциты превышают нормативные значения. Изменения в анализе мочи по Зимницкому выявлены у 26,5% осмотренных пациентов. Преобладало нарушение концентрационной функции почек. Таким образом, при анализе амбулаторных карт пациентов с ИМВП большинство больных (81%) составляли женщины. У 53% пациентов обнаружена отягощенность генетического анамнеза по заболеваниям МВС. В структуре жалоб на первом месте стоят дизурические явления и интоксикационный синдром у 25 пациентов. Осложнения в течении беременности и родов наблюдались у большинства матерей обследованных пациентов. Наиболее характерные изменения в ОАМ при ИМВП - лейкоцитурия и бактериурия, которые выявляются у все пациентов. Максимальное среднее значение лейкоцитов выявлено у пациентов от 33 до 41 года. У Пациентов от 25 до 30 лет на ИМВП может указывать нитритный тест, который был положительным у 38,4% исследуемых.

Вывод. Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод, что основным диагностическим методом ИМВП является общий анализ мочи. Многие заболевания почек текут малосимптомно или проявляются неспецифическими симптомами, что затрудняет их распознавание. Центральное место в проявлениях поражения почек занимают разнообразные изменения мочи, которые отмечаются как в сочетании с клиническими признаками, так и изолированно. В ряде случаев случайно выявленный мочевого синдром может быть первым проявлением тяжелого заболевания почек. Важность ОАМ возрастает также и у детей с отягощенным биологическим и генетическим анамнезом и детей женского пола, поэтому чрезвычайно важно следить за результатами анализа мочи у растущего ребенка в динамике.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.
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).

Результаты и выводы: При изучении и анализе распространенному социально-экономических факторов риска у ВИЧ инфицированной популяци зависимости от возраста выявлено, что распространенность всех изученных факторов риска статистически значимо различаются у ВИЧ- популяци зависимости от возраста. Среди популяци 20-69 лет частота распространенности низкого образовательного статуса составила 57,0 %. В других возрастных группах определяется с увеличением выявляемости на 12,6 % или 1,3 раз ($p < 0,05$), в 20-29 лет отмечено с частотой 52,8 %, в 30-39 лет 62,6 % ($p < 0,05$), в 40-49 лет - 50,8 %, в 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет - также 50,0%.

Распространность неблагополучного социального статуса в различных возрастных группах выявлено следующим образом: в 20-29 лет 89,3 %, 30-39 лет -89,7%, 40-49 лет 78,5%, 50-59 лет 100,0 % ($p < 0,05$), 60-69 лет ($p < 0,05$) и в 20-69 лет 88,6.

Стрессовые факторы сравнительно высокой частотой наблюдаются в 40-49 лет-53,8 % ($p < 0,01$ и 60-69 лет 50,0 % ($p < 0,01$). Частота стрессовых факторов в факторов в возрасте 20-29 лет составила 24,9 %, 30-39 лет - 35,3%, 50-59лет-25,0%. При анализе распространенности неблагополучного семейного фактора у популяци выяснилось, что частота данного фактора с возрастом увеличивается от 29,2 % (в 40-49 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), то есть на 20,8% или 1,7 раз ($P < 0,05$).

В возрастной группе 20-29 лет неблагополучный семейный фактор наблюдался с частотой - 46,7 %, в 30- 39 лет - 40,8 % и в :59 лет- 37,5%. Среди обследованных распространенность плохих жилищно- бытовых условий также была высока и в различных возрастных группах составила: 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 заключить, что выявленные популяционные данные способствуют формированию «прицельных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска неинфекционных патологий у ВИЧ-позитивного населения.

ЎСМИРЛАРДА СУИЦИДАЛ ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАРНИНГ ГЕНДЕР ФАРҚЛАРИ

*Мирзаев А. А., Аграновский М. Л., Мўминов Р. К., Махмудова Х.Х.
Андижон Давлат Тиббиёт Институту*

Тадқиқот мавзусининг долзарблиги. Ўз жонига қасд қилиш ҳаракати ҳар қандай мамлакатда ва ҳар қандай жамиятда соғлиқни сақлашнинг енг муҳим муаммоларидан биридир. 2017 йилда ўз жонига қасд қилиш бутун дунё бўйлаб ўлимнинг 1,4 фоизини ташкил етди ва ўлимнинг барча сабаблари орасида 15-ўринни егаллади.

Ўқув машғулотининг мақсади: ўз жонига қасд қилишга қасд қилган ўсмирларнинг ижтимоий-демографик, клиник ва психопатологик, шахс ва психологик хусусиятлари ҳамда суицидал хулқ-атвор динамикасининг gender фарқларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот parallel мустақил гуруҳлар (еркак ва аёл) билан очиқ қиёсий истиқболли тадқиқот еди. Жами 89 ёшдан 14 ёшгача бўлган 17 ўспирин, 42 ўғил ва 47 қиз (ўртача ёш 15,6+1,1 ёш) текширилди.

Тадқиқот натижалари. Ўсмирларнинг ижтимоий-демографик хусусиятларини таҳлил қилиш натижалари. Ўсмирлардаги ёш кўрсаткичларини таққослаш ёш йигитларга нисбатан (14 ёш) олдинги ёшдаги қизларнинг устунлигини (мос равишда

27,7% va 19,0%) anikladi. Ёш йигитлардаги суицидал фаоллик 17 (31,0%) yoshida чўкки билан суицидал уринишлар сонининг бир текисда ўсиши шаклидаги ёш динамикасига ега еди. Аксинча, қизлар 14 yoshida (27,7%) va 16 yoshida (31,9%) ўз жонига қасд қилиш фаолиятининг икки чўкқисига чиқишди. Шу билан бирга, қизлар ва ўғил болаларнинг ўртача yoshi статистик жиҳатдан фарқ қилмади ва мос равишда 15,5+1,1 va 15,7+1,1 ни ташкил етди.

Гендер тафовутлари таҳлил қилинганда ўрта мактаб ўқувчилари қизлар орасида устунлик қилгани (42,5%), ўрта махсус муассасаларда ўқувчилар улуши 29,8% ни ташкил етгани аниқланди. Тескари тақсимот йигитлар ўртасида кузатилди: умумтаълим мактаблари ўқувчилари - 19,0%, ўрта махсус муассасалар ўқувчилари - 52,4%. Ушбу фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли еди ($p < 0.05$). Йигитлар коммунал хонадонларда (ўғил болаларнинг 45,2% va қизларнинг 23,4%) va мактаб-интернатларда (ўғил болаларнинг 14,3% va қизларнинг 2,1%) камроқ қулай яшаш шароитида яшаганлар.

Хулоса. Суицидал хулқ-бу екологик, биологик va психологик омилларнинг ўзаро таъсирида намоён бўладиган va шахсларнинг yoshi va жинсий хусусиятларига боғлиқ бўлган мураккаб экстранозологик интегратив ҳодиса.

СЕКРЕТОР ДИАРЕЯЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИНИ ОВҚАТЛАНИШ ТУРИГА ҚАРАБ ЎЗГАРИШИ

*Мулладжанова Кимёхон Ахатовна
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Чақалоқлик давридаги бактериал сабабли ичак инфекциясини кечиши бир томондан боланинг сунъий овқатланиши, антибиотиклар билан кўп марта даволаниши бўлса, иккинчи томондан онасининг туғруқдан кейинги яллиғланиш жараёнлари, кесерча кесиш va антибиотиклар қабул қилиши шарт бўлган ҳолатлар ичакларнинг микробиоценозини бузади. Барча айтилган ҳолатлар болаларнинг чақалоқлик давриданок ичак инфекциялари билан касалланишига сабаб бўлади.

Мақсади. Секретор диареяли болаларда ичак микробиоценози кўрсаткичларининг ўзгариши болаларнинг овқатланиш турига боғлиқ эканлигини ўрганиш.

Текширув объекти va усуллари. Текширувга Андижон шаҳри va туманларида яшовчи 104 нафар 3 ёшгача бўлган Андижон вилояти va Асака юқумли касалликлар шифохонасида даволанган болалар олинди. Бемор болаларнинг шифохонага ётқизилиши жараёнида нажасни бактериологик экмаси (кўзғатувчи va дисбактериоз ҳолатини аниқлаш), умумий қон va пешоб тахлили ўтказилди.

Олинган натижалар va тахлиллар. Биз тадқиқот давомида қуйидаги натижаларга эришдик,

Секретор диарея билан оғриган болаларда 54,8% 2-даражали дисбактериоз, инвазив диарея билан оғриган болаларда 20,8% , мос равишда, $p < 0,001$.

Секретор диареяли болаларда индиген микрофлора кўрсаткичларидан *E.coli*-нормал ферментатив фаолликдаги турининг меъёрдан камайиши сунъий овқатланишдаги болаларда 71,4% , табиий овқатланишдаги болаларда 37,8% учраши маълум бўлди, $P < 0,05$. Шунингдек, сунъий овқатланишдаги болаларда 56,5%, аралаш овқатланишдаги болаларда эса 71,4% ташкил етди.

Бундан ташқари, бифидумбактериялар табиий овқатланишдаги болаларда 61,9%, сунъий 24,3% va аралаш овқатланишдаги болаларда 47,8% эканлиги исботланди. Лактобактериялар сунъий va аралаш овқатланишдаги болаларда табиий овқатланишдаги болаларга нисбатан 3,5 va 1,8 баробар камайиши кузатилди. Бу эса ўз

навбатида табиий овқатланишда бўлган болалар (83,8%) ичак микрофлорасининг диарея касаллигида ҳам меъёрий кўрсаткичларга яқин сақланганлигини кўрсатади.

Секретор диареяли бемор болалардаги факультатив микрофлора ўрганилганда, ичак микрофлорасидаги шартли патоген протейлар миқдорининг сунъий овқатланишдаги болаларда 42,8%, табиий овқатланишдаги болаларда 21,6% кўпайиши аниқланди. Шартли патоген микроб ҳисобланган клебсиелла миқдори эса сунъий овқатланишдаги бемор болаларда табиий овқатланишдаги бемор болаларнинг кўрсаткичлари орасидаги фарқ 3,2 баробарни ташкил этди. Энтерококкларнинг кўпайиши сунъий ва аралаш овқатланишдаги болаларда табиий овқатланишдаги болаларга нисбатан 5,3 ва 2,8 баробарни ташкил этди.

Хулоса. Секретор диареяли беморларда 2 даражали дисбактериоз 2,6 баравар кўпроқ содир бўлиши аниқланди. , табиий овқатланишдаги болаларга нисбатан 1,8 баробар кўп учраши маълум бўлди. Индиген микрофлора кўрсаткичлари сунъий овқатланишдаги болаларда табиий овқатланишдаги болаларга нисбатан пасайиши кузатилди. Факультатив микрофлора кўрсаткичларидан шартли патоген микрофлора устунлик қилди. Табиий овқатланишдаги беморларга нисбатан сунъий овқатланишдаги беморлар кўрсаткичлари юқори бўлиши аниқланди, мос равишда, $P < 0,05$.

ИНВАЗИВ ДИАРЕЯЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИНИ ОВҚАТЛАНИШ ТУРИГА ҚАРАБ ЎЗГАРИШИ

Мулладжанова К.А

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Ичак дисбактериози кўплаб ташқи ва ички факторлар таъсирида намоён бўлиши мумкин: антибактериал даволаш воситалари ва гормонал препаратлар, стресс, нур ва химиотерапевтик даволаш, ион нурлари, электромагнит майдонлари, тез климатик шароитни ўзгартириши ва овқатланиш характериға боғлиқ бўлади. Микроорганизмларга энг бой орган йўғон ичак ҳисобланади. Йўғон ичакда 500 дан ортиқ микроорганизмлар бор. Йўғон-ичакдаги умумий микроблар сони болалар организмнинг тўқима ва органларининг соматик хужайраларига нисбатан 2 маротаба кўп. Ҳар қандай микробиоценозда шу жумладан йўғон ичакда ҳам микроорганизмлар турли микроблар йиғиндиси кўринишида учраши мумкин.

Мақсад. Инвазив диареяли болаларда ичак микробиоценози кўрсаткичларининг ўзгариши болаларнинг овқатланиш туриға боғлиқ эканлигини ўрганиш.

Текширув объекти ва усуллари. Текширувға Андижон шаҳри ва туманларида яшовчи 48 нафар 3 ёшгача бўлган Андижон вилояти ва Асака юқумли касалликлар шифохонасида даволанган болалар олинди. Бемор болаларнинг шифохонаға ётқизилиши жараёнида нажасни бактериологик экмаси (қўзғатувчи ва дисбактериоз ҳолатини аниқлаш), умумий қон ва пешоб тахлили ўтказилди.

Олинган натижалар ва тахлиллар. Биз, тадқиқот давомида қуйидаги натижаларға эришдик.

Инвазив диареяли бемор болаларда индиген микрофлора кўрсаткичларидан *E.coli*-нормал ферментатив фаолликдаги табиий овқатланишдаги беморларда 56,2%, сунъий овқатланишдаги бемор болаларда 22,2% ташкил этди, $P < 0,05$. Бифидумбактериялар миқдорининг камайишидаги сунъий овқатланишдаги бемор болаларда 62,5%, табиий овқатланишдаги бемор болаларда эса 33,3%, $P < 0,001$. Лактобактериялар сони эса табиий овқатланишдаги беморларда 22,2%, сунъий овқатланишдаги бемор болаларда 62,5% бўлди, $P < 0,001$.

Инвазив диареяларда секретор диареяларға нисбатан шартли патоген энтеробактериялар миқдоридаги ўзгаришлар анча сезиларли бўлди, яъни табиий

овқатланишдаги беморларда 22,2%, сунъий овқатланишдаги беморларда эса 62,5% ташкил қилди, $P < 0,001$.

Шунингдек, *Staphylococcus hemolyticus* бўйича аниқланган кўрсаткичлар орасидаги фарқ сунъий ва аралаш овқатланишдаги бемор болалар билан табиий овқатланишдаги бемор болаларда 2,8 ва 3,5 баробарни ташкил этди *Candida spp.* эса табиий овқатланишдаги болаларда 11,1%, сунъий 39,1% ва аралаш овқатланишдаги беморларда 34,7% бўлиши кузатилди, $P < 0,001$.

Хулоса. Сунъий ва аралаш овқатланишдаги болалар кўрсаткичлари солиштирилганда, сунъий овқатланишдаги болалардаги натижалар юқори бўлди. Инвазив диареяларда индиген микрофлора кўрсаткичларининг 2,5 баробар юқори бўлди. Факультатив микрофлора кўрсаткичлари эса 3,5 баробарни ташкил қилди. Олинган натижалар кўпчилик тадқиқотчиларнинг болалардаги ўткир диарея даврида ҳам эмизишнинг афзалликлари ҳақидаги фикрини тасдиқлайди.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19

Муминова Н.Х¹, Высогорцева О.Н²

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Аннотация: В настоящее время сообщается о долгосрочных физических последствиях коронавирусной болезни 2019 (COVID-19). В результате основное внимание уделяется вмешательствам, которые поддерживают восстановление после госпитализации. [1]. На сегодняшний день целесообразность амбулаторной программы для людей, выздоравливающих от COVID-19, не исследовалась. В этом исследовании представлены данные для комплексной амбулаторной программы легочной реабилитации (PR). [2]

Цель : Восстановление функции внешнего дыхания, транспорта и утилизации кислорода работающими тканями/органами, снижение выраженности одышки, поддержание сердечно-сосудистой системы, восстановление мышечной силы, физической работоспособности и повседневной активности, улучшение качества жизни и психологического статуса больного, возвращение его в социум (общество).

Материалы и методы: Под нашим обследованием находились 650 процентов, перенесшие коронавирусную инфекцию, и имеющих признаки поражение нервной системы. Они находились на амбулаторной лечении в центре восточной медицины имени СОУСА при РКБ № 2, поликлиника №2. Пациенты были набраны после выписки из больницы. Тренировка состояла из трех раз в неделю, интервальной тренировки на выносливость аэробного цикла (АСЕ) с последующей тренировкой сопротивления (RT); 60-90 мин на сеанс при интенсивности пиковой скорости работы 50%; также были предоставлены обучение и тренировка физической активности. Результаты осуществимости включали: показатели набора и отсева, количество проведенных учебных занятий и переносимость дозы и режима обучения. Из 650 пациентов, выписанных домой в течение периода исследования, 620 были успешно зачислены в программу. Три отсева (25%) были зарегистрированы после 11-19 сеансов. Переносимость интервальной тренировки составила 83% и 100% для продолжительности упражнений АСЕ и RT соответственно; 92% для интенсивности тренировок, 83% прогрессивного увеличения интенсивности и 83% режима в АСЕ.

Выводы: Это обоснование предварительно предполагает, что физиотерапевтическая программа легочной реабилитации может быть осуществима в избранной популяции пациентов после выписки из больницы после COVID-19. Кроме того, такая программа имеет потенциал для поддержки пациентов в

достижении индивидуальных целей пациента по производительности. Переносимость умеренной интервальной аэробной выносливости в сочетании с силовыми тренировками была высокой в этой группе, у которой были ограничения на их физическую работоспособность (реальную или воспринимаемую) после госпитализации. Эти предварительные результаты подтверждают актуальность контролируемых исследований, изучающих эффект и преимущество конкретных интервальных упражнений по сравнению с другими подходами.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРОМБОФИЛИЙ НА РАЗВИТИЕ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*¹Мусаиайхов У.Х., ²Каримов Х.Я., ²Бобоев К.Т., ¹Мусаиайхов Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт.
Республиканский специализированный научно - практический медицинский
центр гематологии МЗ РУз (РСНПМЦГ МЗ РУз).*

Актуальность проблемы. Повсеместный и неуклонный рост тромбозов и тромбоэмболических осложнений является одной из актуальных проблем современной медицины. Для выработки правильной лечебной тактики и профилактических мероприятий важное значение имеет своевременное, раннее распознавание и дифференциация различных патогенетических форм тромбофилий, так как более чем в половине случаев причиной развития тромбозов и их рецидивов является именно тромбофилия. В отличие от нарушений гемостаза, вызванных классическими факторами риска тромбоза и которые носят транзиторный характер, тромбофилии связаны с повышенным риском развития тромботических осложнений в течение всей своей жизни человека. На сегодняшний день известен широкий спектр наследственных и приобретённых факторов риска развития тромбофилии, которые проявляются различными тромбогенными осложнениями на протяжении всей жизни человека. Исходя из вышеизложенного, изучение генов-кандидатов, полиморфизмы и мутации которых формируют предрасположенность к гиперкоагуляции крови, имеет большой научный и практический интерес. Известно, что полиморфизм гена тромбоцитарного рецептора (интегрина) ITGA2 (C807T) влияет на адгезию тромбоцитов на коллагене и других субстратах, а также участвует в реорганизации межклеточного матрикса. Генетические варианты GPIa могут приводить к изменению кинетики адгезии тромбоцитов. Вариант C807T встречается с частотой 5.7% и является одним из основных маркеров кардиоваскулярных заболеваний и тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования. Оценить влияние тромбофилии на риск развития тромбозов глубоких вен нижних конечностей путём оценки генетических факторов риска повышения свёртываемости крови, и их влияния на развитие венозных тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы исследования. В качестве материала для проведения молекулярно-генетического исследования на носительство полиморфных вариантов генов факторов свёртывания крови (полиморфизма C807T в гене ITGA2) были использованы образцы ДНК 35 больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей, средний возраст которых составил 48.5 ± 2.7 лет. Критериями включения в группу исследования с тромбозами глубоких вен нижних конечностей были наличие тромбоза, клинически и инструментально подтвержденного в данный момент или в анамнезе. Критериями исключения были варикозно расширенные вены нижних конечностей без клинических признаков и инструментально подтверждённых данных

тромбоза, возраст меньше 18 лет; беременность и 6 недель после неё; наличие у пациента онкологического заболевания. Распределение частот аллелей и генотипов в изученном гене факторов свёртывания крови проверено на соответствие равновесию Харди-Вайнберга.

Результаты исследования. У больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей в исследуемой группе пациентов и контроля доля С и Т аллелей составила 54.3% и 45.7% против 70,9% и 29,1%, соответственно. При статистической обработке результатов выявлено значимое уменьшение частоты благоприятного аллеля С и значительное увеличение неблагоприятного аллеля Т у больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей по сравнению условно-здоровыми донорами. Рассчитанный коэффициент отношения шансов показал, что шанс обнаружения функционального неблагоприятного аллеля Т у респондентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей значимо повышался (в 2 раза) по сравнению у представителями контрольной группы ($\chi^2=6.5$; $p=0.01$; $OR=2.0$; 95% CI 1.17-3.58). Такое значение свидетельствует о повышенном факторе риска развития тромбоза. Рассчитанный относительный риск развития патологии составил 1.7 при доверительном интервале 95% CI 1.13- 2.51. Частоты С807С, С807Т, Т807Т генотипов исследованных группах пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей и контроля составили: 28.6%, 51.4% и 20.0% против 49.5%, 42.7% и 7.8%, соответственно. Как видно, частота предкового генотипа С807С среди пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей оказалась достоверно значительно ниже, чем в контрольной группе ($\chi^2=4.6$; $p=0.03$; $OR=0.4$; 95% CI 0.18-0.93; $RR=0.5$; 95% CI 0.26-0.97), что свидетельствует о протективном эффекте данного генотипа в отношении формирования данной сосудистой патологии. По сравнению с контролем, в подгруппе с тромбозами глубоких вен нижних конечностей наблюдалась тенденция к увеличению содержания неблагоприятного генотипа С807Т ($\chi^2=2.8$; $p=0.09$; $OR=2.1$; 95% CI 0.87-4.99). Выявлена значимая высокая (в 4.5 раза) частота неблагоприятного гомозиготного генотипа Т807Т среди пациентов с венозными тромбозами ($\chi^2=6.3$; $p=0.01$; $OR=4.5$; 95% CI 1.32-15.12; $RR=2.8$; 95% CI 1.30-6.23), что свидетельствует о возможном высоком риске развития венозных тромботических осложнений при носительстве такого генотипа в гене ITGA2.

Заключение. Таким образом, в патогенезе развития тромбозов глубоких вен нижних конечностей одной из ведущих причин является генетическая предрасположенность, обусловленная полиморфизмом С807Т в гене ITGA2. Для улучшения диагностики венозных тромбозов нижних конечностей целесообразно проведение генетического тестирования аллельного полиморфизма генов, которые кодируют тромбоцитарное звено гемостаза. При обследовании больных с венозными тромбозами наряду с общепринятыми методами оценки функциональной активности гемостаза целесообразно проводить молекулярно-генетическую диагностику наследственных тромбофилических состояний независимо от пола, возраста, наличия других факторов риска, которые предшествуют тромбогенному процессу. Молекулярно-генетическое тестирование может проводиться в любое время, так как его результаты не зависят от особенностей функционального состояния больного и характера проводимого лечения.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

¹Мусашихов У.Х., ²Каримов Х.Я., ²Бобоев К.Т., ¹Мусашихова Ш.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Республиканский специализированный научно - практический медицинский
центр гематологии МЗ РУз.

Актуальность проблемы. Тромбофилия характеризуется многочисленными нарушениями, к которым могут привести ряд приобретённых и генетических нарушений в системе гемостаза. Эти сдвиги нередко тесно взаимосвязаны между собой и своё патогенное воздействие часто проявляют в совокупности. В патогенезе многих кардиоваскулярных заболеваний основную роль играют нарушения свёртывающей системы крови. Склонность к гиперкоагуляции и формированию тромбов может быть причиной развития таких тяжёлых заболеваний, как инфаркт миокарда. Развитие такого рода патологий нередко связано с присутствием тромбофилии. Такие тромбогенные осложнения часто являются причиной сокращения средней продолжительности жизни пациентов и оказывают существенное влияние на качество жизни населения. Несмотря на достигнутые успехи в изучении тромбофилии, оценка молекулярно-генетических факторов риска развития тромбоэмболических заболеваний и на сегодняшний день представляет большой научный и практический интерес. Поэтому, изучение нарушений в системе гемостаза, в частности связанного с его тромбоцитарным звеном, в качестве потенциального биомаркера риска развития, а также прогнозирования ближайших и отдалённых тромбогенных осложнений у больных с инфарктом миокарда имеет важное практическое значение. Для этого возникает необходимость проведения ранней и своевременной генетической диагностики, которая позволит выявить группы риска больных, склонных к повышенному тромбообразованию, на основании носительства вариантов генотипов гена ITGA2.

Цель исследования. Совершенствовать молекулярно-генетическую диагностику риска развития тромбогенных осложнений у больных с кардиоваскулярной патологией на основании носительства генотипов полиморфизма С807Т в гене интегрин альфа-2 (ITGA2).

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили образцы ДНК полученные из периферической крови 37 больных инфарктом миокарда, отобранных в соответствии с критериями включения и исключения в данное исследование. Критериями включения для больных являлись: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST, клинически и инструментально подтверждённого в данный момент или в анамнезе; Критериями исключения были перикардиты, миокардиты, врождённые и приобретённые пороки сердца. Контрольную группу составили 103 здоровых неродственных доноров, соответствовавших по полу и возрасту обследованной группе пациентов ($p > 0.05$) и не имевших в анамнезе патологии сосудистых тромбозов различных локализаций. Критериями исключения для всех групп также были: возраст меньше 18 лет; беременность и 6 недель после неё; наличие у пациента онкологического заболевания. В качестве материала для контрольной выборки использованы препараты геномной ДНК, как выделенные самостоятельно, так и хранящиеся в банке ДНК Республиканского специализированного научно - практического медицинского центра гематологии МЗ РУз. Средний возраст больных с инфарктом миокарда составил $62,2 \pm 1,6$ года. Средний возраст здоровых лиц (группа контроля) составил $52,3 \pm 3,9$ года.

Всем пациентам проводился комплекс стандартных методов исследования и идентификация аллелей полиморфных маркеров методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования. В результате проведённого исследования установлено, что у больных с инфарктом миокарда (основная группа) и группе контроля доля С и Т аллелей составила 55,4% и 44,6% против 70,9% и 29,1% соответственно. Частота дикого аллеля С в основной группе была значимо ниже по сравнению с контролем, что свидетельствует о протективном эффекте данного аллеля в

отношении формирования инфаркта миокарда ($\chi^2=5.9$; $p=0.015$; $OR=0.5$; 95% CI 0.30–0.88). Рассчитанный коэффициент отношения шансов показал, что шанс обнаружения функционального неблагоприятного аллеля T у респондентов с инфарктом миокарда значительно повышался (в 2.0 раза больше) по сравнению с представителями контрольной группы ($\chi^2=5.9$; $p=0.015$; $OR=2.0$; 95% CI 1.13–3.39).

Частоты C807C, C807T, T807T генотипов rs1126643 гена ITGA2 в исследованных группах пациентов с инфарктом миокарда и контроля составили: 32.4%, 45.9% и 21.6% против 49.5%, 42.7% и 7.8% соответственно. Как видно, частота предкового генотипа C807C среди пациентов с инфарктом миокарда также оказалась незначительно ниже, чем в контрольной группе ($\chi^2=3.2$; $p=0.07$; $OR=0.5$; 95% CI 0.22–1.08). Рассчитанный относительно низкий риск развития инфаркта миокарда наблюдался при обнаружении неблагоприятного гетерогенного генотипа C807T ($\chi^2=1.3$; $p=0.25$; $OR=1.6$; 95% CI 0.71 – 3.81). Выявлено значимое увеличение количества неблагоприятного гомозиготного генотипа T807T у пациентов с инфарктом миокарда по сравнению с группой контроля при – 21.6% против 7.8% соответственно. Риск развития инфаркта миокарда резко возростал (в 6.5 раза) при наличии мутантного генотипа T807T ($\chi^2=6.5$; $p=0.01$; $OR=4.2$; 95% CI 1.33– 13.62). Это можно рассматривать как прогностический маркер повышенного риска развития инфаркта миокарда.

Выводы. У пациентов с инфарктом миокарда выявлен низкий риск развития данной патологии при обнаружении неблагоприятного гетерогенного генотипа C807T и он резко возростал при наличии мутантного генотипа T807T, что показывает оценка ассоциативной связи между полиморфизмом генотипов rs1126643 в гене ITGA2 и развитием тромботических осложнений различных локализаций. Проведение генотипирования данного гена в группе риска населения, которые имеют родственников первой линии с сердечно-сосудистой патологией, может способствовать разработке и созданию индивидуализированных стандартов профилактики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией, в частности, с инфарктом миокарда, при носительстве «неблагоприятных» генотипов гена ITGA2.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ МИЕЛОФИБРОЗОМ

*Мусашихова Ш.М.¹, Бобоев К.Т.², Салохиддинов З.С.¹, Мусашихов У.Х.¹.
Андижанский государственный медицинский институт.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр гематологии.*

Актуальность проблемы. Первичный миелофиброз представляет собой относительно редкое заболевание, входящее в группу хронических миелопролиферативных заболеваний. Частота выявления данной патологии составляет приблизительно 1:100 000 населения в год. Причиной развития первичного миелофиброза является патология костного мозга, при котором вследствие размножения перерождённых гемопоэтических стволовых клеток происходит развитие фиброза и замещение функционирующего костного мозга коллагеновыми волокнами.

Несмотря на современный научный прогресс, причины развития этой патологии и на сегодняшний день остаются до конца не установленными. Многие исследователи придерживаются мнения о полиэтиологическом характере заболевания. Важным условием достоверного прогнозирования развития заболевания и достаточной эффективности проводимого лечения является своевременная диагностика и постоянный контроль лечения с проведением клинических, цитологических, генетических методов обследования. Известно, что при развитии миелопролиферативного процесса участвует не один, а несколько генетических

нарушений, которые отдельно или в совокупности могут стимулировать риск развития заболевания. Выше изложенное обосновывает важность и необходимость всестороннего исследования значения отдельных генетических нарушений, которые могут повлиять на достоверность диагностики и функциональное состояние свёртывающей системы, на развитие тромбозов и геморрагий при первичном миелофиброзе. Таким образом, молекулярно-генетическая диагностика этого заболевания является важной и перспективной задачей и позволит сделать обоснованный индивидуальный прогноз и разработать персонализированный подход к лечению больных.

Цель исследования. Определить частоты драйверных-соматических мутаций генов JAK2V617F, W515L MPL, CALR52del, CALRinsTTGTC и оценить их роль в не контролируемой активации клеточного сигнального пути JAK-STAT и развитии первичного миелофиброза.

Материал и методы исследования. Были проанализированы данные выявления первичного миелофиброза у 48 пациентов (мужчин было 26 – 54.2%, женщин 22 – 45.8%), обратившихся на обследование и дальнейшее лечение в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Были изучены частоты выявления аллелей и генотипов полиморфизмов генов JAK2V617F, W515L MPL, CALR52del, CALRinsTTGTC и их влияния на вероятный шанс обнаружения первичного миелофиброза. Установлены прогностические значения генетических нарушений в развитии тромботических и геморрагических осложнений. Изучены ассоциативные связи и частоты драйверных-соматических мутаций между полиморфизмами изучаемых генов у пациентов с первичным миелофиброзом. Были выделены самые важные клинико-лабораторные и молекулярно-генетические факторы, влияющие на достоверность диагностики первичного миелофиброза и на неблагоприятное течение с развитием сосудистых осложнений. Установлены основные статистически значимые неблагоприятные генетические полиморфизмы.

Результаты исследования. У больных с первичным миелофиброзом наиболее часто обнаруживались мутации гена JAK2 (37.5%), но у 62.5% пациентов данная мутация не встречалась. Мутации гена CALR1 (insTTGTC) были обнаружены только у 8.3% больных, не выявлены у 91.7% пациентов. Мутации гена CALR2 (del52) были обнаружены у 18.7% больных. Мутации гена MPL также встречались у 16.7% пациентов. У 9 больных из 48 был установлен тройной негативный статус (18.7%).

Таким образом, из всех изучаемых генов наиболее часто у пациентов с первичным миелофиброзом обнаруживалась мутация гена JAK2 (37.5%). Следующим по частоте выявления была мутация гена CALR2 (del52), после чего следовали мутации гена MPL и CALR1 (insTTGTC). У 18.7% пациентов мутации в генах JAK2, CALR и MPL не были обнаружены. Это ещё раз обосновывает необходимость поиска других генетических мутаций, которые могут быть причиной развития миелопролиферативного процесса.

Больные с первичным миелофиброзом при носительстве мутации JAK2V617F имели более выраженные симптомы заболевания, такие как спленомегалия, высокое содержание лейкоцитов, тромбоцитов, низкий уровень гемоглобина, которые являлись неблагоприятными факторами риска развития опухолевого криза и низких показателей общей выживаемости пациентов. Следует отметить, что мутация JAK2V617F чаще обнаруживалась у больных с первичным миелофиброзом пожилого возраста. При этом, носительство мутации JAK2V617F у пациентов с этим заболеванием часто сочеталось с высоким фактором риска развития тромботических осложнений.

У больных с первичным миелофиброзом частота тромботических осложнений у пациентов с JAK2 положительной мутацией выявлена значительно выше по сравнению с другими мутациями и составила 27.8%. Несмотря на высокий тромбоцитоз, при

носителем мутации CALR1, тромбозы не встречались, а при мутации CALR2 и тройном негативном статусе у пациентов тромбозы были выявлены только в 11.1% случаях. При носительстве MPL позитивной мутации у больных тромботические осложнения не были обнаружены. В группе больных с первичным миелофиброзом при носительстве CALR1 положительной мутации больше всего встречались геморрагические осложнения - 25.0%, когда при JAK2 мутации они были выявлены только у 5.5% пациентов. При мутациях CALR2, MPL и у пациентов с тройным негативным статусом геморрагических осложнений не встречалось.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что носительство JAK2 положительной мутации гена JAK2V617F является фактором, повышающим риск развития тромботических осложнений у больных с первичным миелофиброзом. А при наличии CALR1 позитивной мутации гена CALR (insTTGTC) у этих пациентов чаще регистрировались геморрагические осложнения.

Исследование молекулярно – генетического патогенеза первичного миелофиброза позволит значительно повысить точность диагностики этого заболевания. Следует отметить, что ранняя диагностика предрасположенности к тромбогенным и геморрагическим осложнениям во многом предопределяет не только прогноз, но и возможный исход этой патологии. Своевременное и достоверное обнаружение факторов риска развития сосудистых тромбозов даст возможность выделить группу больных, которые нуждаются в постоянном наблюдении и проведении профилактических мероприятий.

ОЦЕНКА АССОЦИАТИВНОЙ СВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TP53 С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ И ПЕРВИЧНОМУ МИЕЛОФИБРОЗУ

*Мусашихова Ш.М¹., Бобоев К.Т²., Салохиддинов З.С¹., Мусашихов У.Х¹.
Андижанский государственный медицинский институт.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр гематологии.*

Актуальность проблемы. Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза в мировой медицине эта проблема до настоящего времени не потеряла своей актуальности и продолжает оставаться одной из основных причин развития тромботических и геморрагических осложнений, приводящих к высокой смертности и инвалидности населения. В настоящее время большой интерес для изучения данной проблемы объясняется важностью и необходимостью оценки роли основных генетических нарушений, связанных с наследственной предрасположенностью к развитию миелопролиферативных заболеваний. К сожалению, в настоящее время достаточно редкими остаются публикации, в которых авторами проводится анализ так называемых наследственных факторов риска развития патологии, тромботических и геморрагических осложнений при хронических миелопролиферативных заболеваниях. Диагностические и прогностические критерии для больных с эссенциальной тромбоцитемией и первичным миелофиброзом также всё ещё остаются не до конца изученными, что обосновывает необходимость дальнейших всесторонних исследований для оценки значимости различных генетических полиморфизмов как факторов риска, способствующих развитию миелопролиферативного процесса.

Во всём мире проводится ряд научных исследований, целью которых является изучение генетических мутаций JAK2V617F, CALR и MPL, имеющих важное значение в диагностике Ph-негативных миелопролиферативных патологий. Данные этих работ зарубежных и отечественных исследователей показали, что мутация JAK2V617F не

может считаться основной причиной начала развития миелопролиферативного заболевания. Большой интерес представляет также исследование роли влияния и других генетических нарушений на риск развития эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза, их осложнений и прогноз заболевания. Своевременная и адекватная генетическая диагностика является необходимым условием правильного прогнозирования течения заболевания и обеспечения максимальной эффективности лечения. Возникает необходимость всестороннего изучения значения различных генетических полиморфизмов в формировании наследственной предрасположенности к каждой отдельной патологии из группы хронических миелопролиферативных заболеваний.

Цель исследования. Анализ ассоциативной связи полиморфизма мутационного спектра эпигенетического регулятора, супрессора опухолевого роста TP53 с генетической предрасположенностью к шансу обнаружения эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза.

Материал и методы исследования. Было проведено генетическое исследование у 102 пациентов с миелопролиферативными заболеваниями, которые составили основную группу, из которых были сформулированы 2 подгруппы, отобранных в зависимости от нозологии миелопролиферативного процесса в соответствии с критериями включения и не включения в данное исследование: 1 группа - 54 больных с ЭТ (мужчин было 30 – 55.6%, женщин 24 – 44.4%); 2 группа - 48 больных с ПМФ (мужчин было 26 – 54.2%, женщин 22 – 45.8%). Результаты изучения мутаций эпигенетического регулятора онкосупрессора TP53 сравнивали с контрольной группой, в которую вошли 110 «условно-здоровых» лиц без клинических проявлений миелопролиферативного заболевания в момент обследования и в анамнезе, которые были представлены пациентами стационара, а также добровольцами, не имеющими у себя и родственников онкогематологических заболеваний.

Результаты исследования. Изучение ассоциативной связи между полиморфизмом Pro72Arg в гене TP53 в исследованных группах пациентов с эссенциальной тромбоцитемией и первичным миелофиброзом и контроля был проведен при помощи дизайна «case-control». Проведён анализ χ^2 с вычислением отношения шансов, указывающий на вероятный шанс обнаружения эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза. В основной группе больных и группе контроля доля дикого Pro аллеля составила 76.0% и 81.0% соответственно. А неблагоприятный аллель Arg у больных с эссенциальной тромбоцитемией и первичным миелофиброзом был выявлен в 24.0% против 19.0% случаев в группе контроля. При статистической обработке анализов было обнаружено незначительное уменьшение частоты встречаемости благоприятного аллеля Pro и незначимое увеличение минорного аллеля Arg в гене TP53 (Pro72Arg) у больных в основной группе по сравнению с условно-здоровыми донорами. Результаты свидетельствуют, что при наличии мажорного аллеля Pro, отсутствует шанс обнаружения таких заболеваний, как эссенциальная тромбоцитемия и первичный миелофиброз ($\chi^2=1.6$; $p=0.3$; OR=0.7; 95%CI: 0.47-1.17). По сравнению с контролем, в основной группе больных выявлена тенденция к увеличению содержания неблагоприятного аллеля Arg в гене TP53 ($\chi^2=1.6$; $p=0.3$; OR=1.3; 95%CI:0.85-2.11), что представляет небольшой шанс обнаружения эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза. При наличии неблагоприятного аллеля Arg шанс выявления этих заболеваний повышается в 1.3 раза по сравнению с контрольной группой. Обнаружено незначимое уменьшение частоты распределения благоприятного гомозиготного генотипа Pro72Pro в исследуемой группе больных по сравнению с группой контроля (60.7% против 66.4% соответственно при $\chi^2=0.8$; OR=0.8; 95%CI:0.46-1.34; $p=0.4$). Анализы расчётов показали, что частота неблагоприятного гетерозиготного генотипа Pro72Arg было незначительно выше среди больных по сравнению с группой контроля (31.6% против 30.0% соответственно, при

$\chi^2=0.1$; OR=1.1; 95%CI:0.61-1.9; $p=0.8$). Это указывает на отсутствие корреляции с шансом выявления эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза. Рассчитанный коэффициент отношения шансов показал, что в основной группе больных выявлена тенденция к увеличению доли мутантного гомозиготного генотипа Arg72Arg в гене TP53 ($\chi^2=1.7$; $p=0.2$; OR=2.2; 95%CI:0.68-7.2). При наличии мутантного гомозиготного генотипа Arg72Arg в гене TP53 в основной группе больных шанс выявления эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза повышается в 2.2 раза, чем в группе контроля.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показали, что выявление предкового аллеля Pro и связанного с ним благоприятного гомозиготного генотипа Pro/Pro и неблагоприятного гетерозиготного генотипа Pro/Arg не оказывает достоверного влияния на шанс обнаружения эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза. Вместе с тем, рассчитанный шанс выявления таких миелопролиферативных заболеваний значительно возрастал при наличии минорного аллеля Arg и связанного с ним мутантного гомозиготного генотипа Arg72Arg в гене TP53 в исследуемой группе пациентов по сравнению группой контроля.

Молекулярно-генетическая диагностика и прогнозирование риска развития эссенциальной тромбоцитемии и первичного миелофиброза позволяет сократить время, необходимое для установления окончательного диагноза нозологической формы заболевания, повысить их достоверность.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Мусаайхова Ш.М., Бобоев К.Т., Салохиддинов З.С., Мусаайхов У.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр гематологии*

Актуальность проблемы. Диагностика и лечение эссенциальной тромбоцитемии является актуальной проблемой современной гематологии. Это заболевание представляет собой сложный клональный миелопролиферативный процесс, сопровождающийся неконтролируемым увеличением количества больших и крупных мегакариоцитов, увеличением количества тромбоцитов в периферической крови более чем $450 \times 10^9/\text{л}$, который может стать причиной высокой склонности к риску развития тромботических и геморрагических осложнений. Несмотря на то, что эссенциальная тромбоцитемия является относительно редкой патологией кроветворной системы, в последние годы интерес к этому заболеванию вновь значительно возрос. Данных эпидемиологических исследований, посвященных изучению распространенности и заболеваемости населения этой патологией в Узбекистане, не имеется. Несмотря на достигнутые успехи в этой области, этиология развития эссенциальной тромбоцитемии в настоящее время до конца не выяснена. Ведущей и признанной всеми исследователями гипотезой считается многофакторный характер патогенеза этой патологии. Несмотря на современные успехи, достигнутые в изучении этиологии и патогенеза эссенциальной тромбоцитемии до настоящего времени не сформировано единого и общепризнанного мнения о причинах и рисках развития данного заболевания, что предопределяет необходимость дальнейших исследований.

Цель исследования. Исследование спектра хромосомных aberrаций у больных с эссенциальной тромбоцитемией с различными клинико-лабораторными и молекулярно-генетическими статусами.

Материал и методы исследования. Были проанализированы данные первичного выявления эссенциальной тромбоцитемии у 54 пациентов, обратившихся

на обследование и дальнейшее лечение в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр гематологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Были изучены частоты выявления аллелей и генотипов полиморфизмов генов JAK2V617F, W515L MPL, CALR52del, CALRinsTTGTC и их влияние на вероятный шанс обнаружения эссенциальной тромбоцитемии. Установлены прогностические значения генетических нарушений в развитии тромботических и геморрагических осложнений. Изучены ассоциативные связи и частоты драйверных-соматических мутаций между полиморфизмами изучаемых генов. Были выделены самые важные клинико-лабораторные и молекулярно-генетические факторы, влияющие на достоверность диагностики эссенциальной тромбоцитемии и на неблагоприятное течение с развитием сосудистых осложнений. Установлены основные статистически значимые неблагоприятные генетические полиморфизмы.

Результаты исследования. Интерес представляют данные частоты выявления генетических мутаций у больных с эссенциальной тромбоцитемией. В частности, у этих пациентов наиболее часто обнаруживалась мутация гена JAK2 – в 35.2% случаях, а у 64.8% больных она не была выявлена. Носительство мутации JAK2V617F часто сопровождалось с высоким уровнем гемоглобина и лейкоцитозом, умеренным тромбоцитозом, высоким риском развития венозных тромбозов. На момент постановки диагноза носительство мутации JAK2V617F у больных с эссенциальной тромбоцитемией было обнаружено преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста. При оценке риска развития тромботических осложнений различных локализаций у пациентов учитывались такие факторы, как возраст старше 60 лет, отсутствие или наличие тромбозов в анамнезе, сердечно-сосудистые факторы риска (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, вредные привычки). Наряду с этим, другие факторы риска, такие как высокий лейкоцитоз, наличие мутации JAK2V617F и аллельная нагрузка, также признавались как факторы риска развития тромботических осложнений.

Мутации гена CALR1 (insTTGTC) были установлены у 22.2% пациентов с эссенциальной тромбоцитемией. Мутация гена CALR2 (del52) была обнаружена у 13.0% больных. Вместе с тем генетические нарушения в этих генах не встречались соответственно у 77.8% больных. Мутации гена MPL были обнаружены только у 3 пациентов (5.6%), а у 51 больного из 54 (94.4%), данная мутация не была обнаружена. У 13 больных с ЭТ мутации всех трёх генов не были выявлены (ТН 24.1%).

В подгруппе больных с ЭТ частота тромботических осложнений у пациентов с JAK2 положительной мутацией встречалась значительно чаще по сравнению с CALR1+ и ТН пациентами (26.3%). А в группе больных с ЭТ из 12 CALR1 позитивных пациентов у 2 (16.7%) были выявлены геморрагические осложнения, что значительно выше по сравнению с носителями JAK2 мутации и ТН. В обоих случаях при мутации CALR2 и MPL у больных с эссенциальной тромбоцитемией не зарегистрированы такие осложнения как тромбоз и геморрагия.

Таким образом, можно сказать, что носительство JAK2 положительной мутации гена JAK2V617F является фактором, повышающим риск развития тромботических осложнений при эссенциальной тромбоцитемии. А при наличии CALR1 позитивной мутации гена CALR (insTTGTC) у этих больных чаще регистрировались геморрагические осложнения.

Таким образом, из всех изучаемых генов наиболее часто у пациентов с ЭТ обнаруживалась мутация гена JAK2 (53.7%). Следующим по частоте выявления была мутация гена CALR2 (del52) – 10.5%, после чего следовали мутации гена CALR1 (insTTGTC) – 9.9% и реже всех мутации гена MPL - 6.8%. Это ещё раз обосновывает необходимость поиска других генетических мутаций, которые могут быть причиной развития миелопролиферативного процесса.

Выводы. Таким образом, в результате изучения распределения ДНК-полиморфизмов генов-регуляторов драйверных-соматических мутаций установлено, что носительство CALR1 положительной мутации гена CALRinsTTGTC у больных с эссенциальной тромбоцитемией ассоциировалось с 3.1-кратным увеличением шанса обнаружения этого заболевания. Шанс обнаружения эссенциальной тромбоцитемии повышается в 8.8 раза при наличии CALR2 позитивной мутации маркера CALR52del. Носительство JAK2 положительной мутации гена JAK2V617F является фактором, повышающим риск развития тромботических осложнений при эссенциальной тромбоцитемии. Геморрагические осложнения у больных чаще регистрировались при носительстве положительной мутации CALR1 гена CALR (insTTGTC).

Присутствие мутаций в генах JAK2V617F, W515L MPL, CALR52del, CALRinsTTGTC следует рассматривать как важные критерии для диагноза эссенциальной тромбоцитемии. Выявление одной из этих генетических мутаций с большой вероятностью подтверждает наличие эссенциальной тромбоцитемии и позволяет исключить возможность реактивного эритроцитоза и тромбоцитоза.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ БАХОЛАШ

*Набиев У., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Усманов Б.Б., Лутфуллаев У.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Кириш: ЮИК - юрак тож артерияларида қон айланишини абсолют ёки нисбий бузилиши билан давом этадиган касаллик хисобланади.

ЮИК патогенезида липидларнинг пероксид оксидланишининг иштироки ва унинг фаоллашуви сезиларли аниқланади. Бўлмачалар фибрилляцияси бу бўлмачаларни синхрон қисқариши йўқолиб алоҳида мускуллар гуруҳи ўз холича қисқаришга ҳаракат қилиб хилпиллайди. Бўлмачалар мерцаниясида (фибрилляция) минутига (350 дан—700 гача мин.) тартибсиз, хаотик қўзғалиш, бўлмачани алоҳида гуруҳ мускуллари қисқаради.

Ишнинг мақсади: бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК кузатилган беморларда липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнини ўрганиш.

Текшириш материаллари: Беморларни текшириш давомида асосан 3 гуруҳга бўлиб олинди. I гуруҳ – назорат гуруҳ (15 та) соғломлар, II гуруҳ – ЮИК аниқланган беморлар (18 та), III гуруҳ – бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган беморлар (22 та).

Натижалар: Текширишларда қуйидагича натижалар олинди. HAS-BLED = 0 балл 75%, HAS-BLED = 1 балл 16%, HAS-BLED = 2 балл 7,15, HAS-BLED = 3 балл 2%. CHA₂DS₂-VASc >4 балл 64,3% CHA₂DS₂-VASc >3 балл 21,8%, CHA₂DS₂VASc = >2 балл 9,1%, CHA₂DS₂VASc = >1 балл 4,8% га бахоланди. II–гуруҳдаги беморларда беморларда липидларнинг ўзгаришларини кўриб чикганимизда умумий холестерин (УХС) беморларда 3,0-5,4 ммол/лгача бўлганлиги кузатилди. II – гуруҳдаги беморларда УХС – 18,1%; ТГ-21,4%; ПЗЛП – 35,7%; юкори зичликдаги липопротеидлар (ЮЗЛП)-8,3% атероген коэффициенти – 34,5% назорат гуруҳига нисбатан ошганлиги аниқланди. Бўлмачалар фибрилляцияси кузатилган ЮИК билан беморларда беморларда эса УХС – 59%; ТГ – 57,1%; ПЗЛП – 78,5%; ЮЗЛП– 16,6%; атероген-индекс 83% назорат гуруҳига нисбатан ўзгарганлиги аниқланди. ЛПО кўрсаткичларидан иккиламчи махсулоти хисобланган МДА назорат гуруҳга нисбатан II – гуруҳ беморларда 65,3%; III - гуруҳда 90,6%гача ошганлиги аниқланди (P < 0,05).

Тахлиллар: ЮИК кузатилганда ЛПО жараёнининг фаоллашуви хужайра мембраналаридагина эмас, балки қон плазмасида ҳам аниқланади. Бу вақтда ЛПО

эркин радикаллари кескин кучайиб кетади ва бир вақтда хужайра мембраналарида липид фазасини антиоксидант фаоллиги пасаяди. Бизнинг текширув натижаларимизга кўра МДА интенсификацияси ортган. Текширув натижаларига кўра ЮИК стабил стенокардия ФС-II хасталиги кузатилган беморларда липидлар ва МДА интенсификацияси ортиши кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, бўлмачалар фибрилляцияси билан асоратланган ЮИК билан беморларда МДА фаоллигини ортганлиги аниқланди. Бу ҳолат юз беришига липидлар алмашинувини бузилиши ҳам алоқадор. Биз ўтказган текширувимиз беморларда ЮИКни эрта ривожланиш сабабларини бир мунча бўлса ҳам тушунтириб беради ва беморларда касалликнини эрта ташхислаш ва асоратларини ва унинг оқибатида келиб чиқадиган нохуш ҳолатларни олдини олишга имкон беради деб ўйлаймиз.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей

Актуальность: Среди находящихся на исключительно грудном вскармливании случаи диареи и респираторных инфекций встречаются в четыре раза меньше по сравнению с детьми, которых не кормят грудью. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, по крайней мере, 97% матерей способны успешно кормить грудью своих младенцев. Однако число матерей, которые начинают грудное вскармливание и затем отказываются от него уже в течение 5 недель, все увеличивается.

Цель: Оценка с последующим повышением качества услуг по грудному вскармливанию в условиях городской поликлиники №1 в городе Андижана

Задачи: 1. Создать команду и провести ретроспективный анализ амбулаторных карт; 2. Разработать стандарты и индикаторы; 3. Собрать информацию у кормящих матерей с помощью вопросника. 4. Провести мониторинг результатов и разработать меры по улучшению проблемы грудного вскармливания; 5. Улучшить информированность женщины о преимуществах грудного вскармливания.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ амбулаторных карт, разработка и подсчет стандартов и индикаторов, сбор информации у матерей с помощью разработанного вопросника. **Выявленные проблемы:** В результате проведенного ретроспективного анализа амбулаторных карт форма-112, нами было выявлено, что большое число детей - 45% страдают частыми желудочно-кишечными расстройствами и простудными заболеваниями. Как оказалось большая часть детей до 6 месяцев, около 65% начинали получать прикорм в виде воды или искусственных смесей, с использованием бутылочек с сосками из-за незнания матерей и отсутствия информирования матерей медицинским персоналом поликлиники. Выяснилось, что во время беременности-90% матерям не объяснялись правила грудного вскармливания и преимущества грудного молока. Такие рекомендации не были даны им и в роддоме. Неправильное вскармливание привело к уменьшению лактации, недоеданию детей и отсутствию прироста веса и роста, что вынуждало 17% матерей вводить прикорм. Не правильное вскармливание способствовало недостаточному действию метода лактационной аменореи и наступлению незапланированной беременности-14% женщин.

Внедренные изменения:

На основании полученных результатов была проведена работа по повышению качества оказания медицинской помощи кормящим женщинам, была выбрана соответствующая команда, которая провела следующие мероприятия:

1.Обучение патронажных медсестер технике и правилам правильного прикладывания к груди. 2.Установлен контроль над посещением матерей, выписанных из роддома с обучением их технике и правилам правильного прикладывания к груди. 3.Рекомендованы семейным врачам уделять больше внимания вопросам вскармливания во время консультации кормящих матерей. 4.Организовать в поликлинике школу, для матерей, с раздачей обучающих материалов, буклетами плакатами и группу поддержки молодых матерей. Мониторинг процесса повышения качества запланирован непрерывным обучением с повторным анкетированием матерей и анализ амбулаторных карт детей.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА

Назарова Г. У., Бойқўзиева М.Б.

Андижан давлат тиббиёт институти

Оила шифокорларини малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси

Долзарблиги: Наркотик моддалар қабул қилиш охириги йилларда Ўзбекистонда умумхалқ муаммосига айланиб бормоқда. Бу касаллик билан асосан ёшлар зарарланиб охир оқибат наркотик модда қулига айланмоқда, ўқишни, ишни, оилани ташлаб кетмоқда.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда ўсмир ёшлар ўртасида наркоманияни олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Материал ва услуб: Бизни текширув Андижон шаҳри 3-оилавий поликлиника худудидаги 4-ўрта мактаб шароитида ўтказилди. Текширувимишга 15-16-17 ёшли мактаб ўқувчиларидан 50 нафари олинди. Текширув методи сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди.

Ўқувчилардан аввал 1-анкета суровномси ўтказилди. Сўнгра ушбу ўқувчилар ва уларни ўқитувчилари, мактаб врачлари, хамшираси ўртасида наркомания мавзусида маъруза ўтказилди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 250 (400%) балл, 2-чи анкета сўровномасида 455 (500%) баллни ташкил этди. Текширувимиш натижалари шуни кўрсатдики, бизнинг ўсмир ёшларимиз наркомания тўғрисида билимларга эга эмаслар. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда бирламчи профлатик ишларни яхши эмаслигидир. Ўсмир ёшлар наркотик моддалар ва уларни таъсирлари хақида чуқур билимга эга эмаслар, мактабларда наркомания тўғрисида чуқурлаштирилган ва кенгайтирилган дарслар ташкил қилинмаган. Текширувимишдан кўриниб турибдики, наркоманияга дучор булган ёшлар қаерга, қайси мутахассисга бориб маслаҳат олишни билмайдилар. Сабаби оила шифокорини оилага тўла кириб бормаганлигидан ва қўл остидаги ахалисини ишончини қозона олмаганлигидандир. Ўсмирлар, яъни наркотик қабул қилаётган ўсмирлар шифокорга боришдан чўчиб юрадилар ва вақтида шифокорга мурожаат қила олмади коладилар. Бунга сабаб улар аноним марказлар борлигини билмасликларидир.

Хулоса: Бизнинг бирламчи тиббий бўғинда бирламчи профилактик ишларимиз паст даражада. Текширувларимиз шуни кўрсатиб турибдики, бизнинг ўсмир ёшларимизни наркомания хақида билимлари паст. Наркотик моддаларга нималар кириши ва уларни таъсири тўғрисида билимга эга эмаслар.

Тавсия: 1. Мактаб маъмурияти, махалла фуқаролар йиғини ва умумий амалиёт шифокорлари биргаликда наркотик моддалар зарарли таъсирлари хақида маърузаларни кўпроқ ўтказишлари керак.

2. Ёшлар билан ишлаш гуруҳларида наркотикларга боғлиқлигини олдини олиш борасида кўргазмалар куруллар тайёрлаш, оммавий ахборот воситаларида чиқишлар уюштиришни ташкил этиш керак.

ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

*Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Худойбердиев Ж.М.
Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей*

Актуальность: Общепринято, что все женщины должны стремиться к дородовому наблюдению с самого начала беременности. Домашние записи матери – в дальнейшем – домашние карты беременной, как эффективный способ снижения материнской, перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности широко и успешно используется во многих странах мира свыше 30 лет.

Цель. Вовлечение беременных женщин и членов их семей в процесс наблюдения за беременностью и в послеродовом периоде путем внедрения ведения домашней карты беременной в условиях сельской семейной поликлиники Андижанского района.

Задачи. 1. Ознакомление врачей общей практики и их медсестер Глобальной Стратегией Всемирной организации здравоохранения по Безопасному Материнству. 2. Вовлечение беременной и членов её семьи в ведение домашней карты беременной. 3. Оптимизация частоты целевых посещений, повышение их эффективности. 4. Уменьшение числа беременных женщин с поздним обращением за экстренной медицинской помощью при возникновении осложнений. 5. Увеличение числа осведомленных женщин, мужей, членов семьи о критических ситуациях, требующих неотложной помощи и организации транспортировки в стационар.

Материалы и методы: Проведено опрос и **сбор информации** беременных женщин и их родственников с помощью разработанного **вопросника, разработка и подсчет стандартов и индикаторов.** Кроме того было опрошено и произведено наблюдение за работой врачей общей практики и их медсестер.

Результаты: Положительный результат отмечено у 17 женщин из 23 (73,9%). Но не во всех случаях беременные женщины перечисляют ситуации, когда необходимо обращаться за антенатальным уходом. Не знают приоритеты рационального питания. Не всегда выполняют рекомендации врача на дому из-за не информированности. Не все члены семьи вовлечены в процесс антенатального ухода за беременной. Родственники недооценивают тяжесть состояния беременной в ситуациях требующих немедленного обращения в медицинские учреждения. Кроме того было опрошено и произведено наблюдение за работой 10 врачей общей практики и 20 их медсестер. По критериям, правильно ответили 7 врачей (70 %) и 10 медсестры (50%). Но имеются проблемные моменты. Персонал при общении не способствует тому, чтобы женщина задавала вопросы. При объяснении сути и правил ведения домашней карты беременной персонал не добивается ответной реакции беременной. Медицинские сестры не правильно выполняют технику измерения артериального давления и высоту дна матки, и неточно отмечают на гравидограмме

Заключение: Медицинские работники и активые махалли заметили пользу домашней карты беременной для сортировки и идентификации беременных женщин, которым возможно нужна неотложная медицинская помощь и транспортировка. Стало легче собрать информацию, и она стала систематичной. Это усилило систему наблюдения, также улучшило связи медицинских учреждений с населением и общественностью.

Рекомендации: 1. Часто организовать семинарские занятия для врачей общей практики и их медсестер по повышению их знаний по Безопасному материнству и ведению домашней карты беременной. 2. Разработать протокол (обоснованный на доказательную медицину) по ведению патологий беременности и состояний требующих немедленного обращения в медучреждения. Действовать согласно протоколу, обеспечив их доступность. 3. Осуществлять ежеквартальный мониторинг (клинических аудит) по следованию стандартам антенатального ухода среди врачей медсестер и ведению документации. 4. Вовлекать в процесс антенатального ухода членов семьи и общественности, путём информирования и обучения. 5. Наладить систему контакта между сельскими семейными поликлиниками и родильными комплексами, для осведомленности врачей общей практики и их медсестёр результатах обращения и полученных рекомендаций в учреждениях специализированной помощи.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей

Цель: Улучшить качество профилактики и лечения больных с артериальной гипертензией 1-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.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.

*Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей*

Актуальность: На сегодняшний день Гипертоническая болезнь является актуальной проблемой современной кардиологии. Быстрое прогрессирование болезни и кардио-васкулярные осложнения приводят к понижению трудоспособности и инвалидизации. По последним данным распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 30-45%. На сегодняшний день в плане предупреждения Гипертонической Болезни существуют несколько проблем. Задача врачей общего профиля состоит в выявлении факторов риска заболевания и их устранение путём повышения знаний населения.

Цель: Повышение качества профилактической работы Гипертонической Болезни среди взрослого населения в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы: Проверка проводилась в Семейной Поликлинике № 3 города Андижана. На проверку были привлечены 36 участников старше 40 лет. В качестве метода обследования взята специально разработанная анкета, состоящая из 3 пунктов и 10 вопросов. Анкетирование обследуемых было проведено дважды. В первый раз анкетирование проводилось без проведения беседы. Во второй раз анкетирование проведено после беседы врачом общего профиля на тему факторов риска, клинических проявлений, осложнений и профилактики Гипертонической Болезни.

Результаты: Получены следующие результаты: В результате 1го анкетирования – правильно ответили 12 (33,3%) респондентов. На 2ое анкетирование правильный ответ дали 34 (94,4 %) респондентов. Результаты обследования показали следующее: население не имеет полного представления о Гипертонической Болезни. Одной из основных причин является безразличное отношение к своему здоровью.

Рекомендации: 1. Плановое проведение врачами общего профиля подобных бесед среди населения. 2. Для достижения лучших результатов проведение подобных мероприятий в интерактивном порядке с участием средств массовой информации.

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

Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.

*Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей*

Актуальность. Смертность от клинически явной хронической сердечной недостаточности как минимум в 2 раза превышает смертность от онкологических заболеваний. Распространенность и показатель выявляемости хронической сердечной недостаточности (ХСН) увеличивается с возрастом, а практически удваивается с каждым 10-летием жизни после 45 лет. В возрастной группе 25-34 года этот показатель равен 0,02 случая на 1000 населения от 45 до 54 лет составляет 2,1. В возрасте 75-84 года повышается до 54 случаев на 1000 населения.

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

Задачи. 1. Выявить структуру хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди населения участка. 2. Проанализировать тактику ведения больных с ХСН на данном участке. 3. Оценить качество жизни больных ХСН с помощью анкетирования. 4. Разработать практические рекомендации для улучшения тактики ведения больных в условиях семейной поликлиники на основании выводов.

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

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

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

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

Всем семейным врачам рекомендовать придерживаться современным традиционным схемам лечения ХСН, так как по данным наших исследований большой процент не получали соответствующее лечение, что способствовала снижению качества жизни больных и прогрессированию заболевания.

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

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Насретдинов З.Т., Эшбадалов Х.Ю., Файзиходжаев О.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. 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 челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра города Андижан, выполненных в период 2016-2018 гг.

Цель. Изучить особенности оказания стационарной хирургической помощи детям с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. 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. Оперативные вмешательства, проведенные при данных нозологиях, определяют объем оказания основной работы хирургических стоматологических стационаров и поэтому требуют к себе особого внимания.

Результаты. 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.

Вывод. 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.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СЕПТОПЛАСТИКОЙ

Нелюбова Е.А., Григорьева А.А
Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: Хирургическая коррекция искривлений перегородки носа продолжает оставаться одной из актуальных проблем оториноларингологии. В тоже время, на данный момент не существует общепринятых методик ведения послеоперационного периода у пациентов, перенесших септопластику.

Цель исследования: изучить результаты применения низкоинтенсивной лазеротерапии в послеоперационном периоде у пациентов с септопластикой.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 113 пациентов с искривлением носовой перегородки, которым в условиях АФ НМИЦО была выполнена септопластика. Находящиеся на лечении больные были поделены на 2 группы.

Первая группа (56 человек) включала пациентов, у которых ведение послеоперационного периода проводилось без применения каких-либо физиотерапевтических воздействий.

Вторая группа (57 человек) включала пациентов, которым в послеоперационном периоде в схему лечения была включена низкоинтенсивная лазерная терапия по разработанной в клинике методике (патент Российской Федерации на изобретение № 2551190 от 20.05.2015).

Результаты исследования: на основании показателей передней активной риноманометрии проведена объективная оценка носового дыхания у всех прооперированных пациентов. Сроки исследования: до хирургического пособия, на 7, 14 и 21 сутки после операции. Получены следующие данные: у пациентов обеих групп при поступлении в стационар зафиксировано статистически значимое снижение суммарного объемного потока воздуха (СОП) по сравнению с группой здоровых добровольцев (принятая норма - 547 ± 52 мл/с; 1 группа - 267 ± 39 , 2 мл/с; 2 группа - 254 ± 47 , 9 мл/с; $P < 0,05$) и увеличение суммарного сопротивления (СС) (принятая норма - $0,19 \pm 0,02$ Па/мл/с; 1 группа - $0,33 \pm 0,04$ Па/мл/с; 2 группа - $0,32 \pm 0,02$ Па/мл/с; $P < 0,05$).

Однако, на фоне проведения НИЛТ у пациентов 2 группы уже на 7 сутки после хирургического вмешательства отмечено статистически значимое улучшение функционального состояния полости носа по сравнению с группой больных, получающих стандартную схему лечения (СОП: 1 группа - 378 ± 36 , 1 мл/с; 2 группа - 411 ± 31 , 3 мл/с; $P < 0,05$; СС: 1 группа - $0,26 \pm 0,03$ Па/мл/с; 2 группа - $0,24 \pm 0,03$ Па/мл/с; $P < 0,05$).

Данная динамика также была зафиксирована на 14 сутки после хирургического пособия (СОП: 1 группа - 417 ± 26 , 4 мл/с; 2 группа - 465 ± 33 , 4 мл/с; $P < 0,05$; СС: 1 группа - $0,25 \pm 0,02$ Па/мл/с; 2 группа - $0,23 \pm 0,03$ Па/мл/с; $P < 0,05$).

На 21 сутки после хирургического вмешательства у пациентов обеих групп исследуемые параметры статистически не различались и показали полное отсутствие назальной обструкции по сравнению с показателями принятыми за норму (СОП : 1 группа - $529 \pm 38,7$ мл/с; 2 группа - 531 ± 54 , 2 мл/с; $P > 0,05$; СС: 1 группа - $0,20 \pm 0,02$ Па/мл/с; 2 группа - $0,19 \pm 0,03$ Па/мл/с; $P > 0,05$).

Вывод:

1. Низкоинтенсивная лазерная терапия после септопластики проста в реализации и не требует дорогостоящего оборудования.
2. Проведение низкоинтенсивной лазерной терапии в красном и инфракрасном спектре воздействия после септопластики позволяет сократить сроки восстановления

функционального состояния полости носа, а как следствие улучшить качество жизни пациентов в кратчайшие сроки.

МИКРОБИОТА ПОЛОСТИ НОСА И ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОИДАМИ 3-4 СТЕПЕНИ

Нелюбова Е.А., Григорьева А.А
Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: Педиатры и оториноларингологи все чаще встречаются с часто болеющими детьми, трудно поддающимися лечению, на фоне длительно текущих заболеваний верхних дыхательных путей. В тоже время, микрофлора, выделенная из мазков полости носа и зева, не всегда позволяет объективно судить о реальном возбудителе воспаления, а этиологически значимые возбудители нередко обладают высокой антибиотикорезистентностью вследствие неоднократного, а зачастую и нерационального лечения антибиотиками.

Целью работы стало изучение структуры микрофлоры, колонизирующей носоглотку и полость носа у детей с гипертрофией глоточной миндалины 3-4 степени.

Материалы и методы исследования: нами изучена микрофлора с поверхности слизистой оболочки полости носа и удаленных фрагментов тканей глоточной миндалины у 47 детей (26 мальчиков и 21 девочка) от 3 до 10 лет, с аденоидами 3-4 степени, находившихся на плановом хирургическом лечении в АФ НМИЦО в 2021 году. Забор материала из полости носа осуществлялся непосредственно в операционной перед началом хирургического вмешательства с помощью стерильных тампонов-аппликаторов. Фрагменты глоточных миндалин сразу после хирургического удаления помещали в пластиковые пробирки и доставляли в бактериологическую лабораторию. Для видовой идентификации использовали желточно-солевой агар (ЖСА), LB-агар, энтерококковый агар, среду Эндо.

Результаты. Установлено, что бактериологическое исследование мазка из полости носа выявило рост *S.aureus* на ЖСА и LB-агаре у 19 пациентов (40,4 %), а энтерококков на энтерококковом агаре - у 4 детей (8,5%).

Отмечено, что при бактериологическом исследовании биоптата глоточной миндалины микробная флора ни на одной из питательных сред не выявлена только у одного пациента (2,1%). Рост *S.aureus* отмечен на ЖСА и LB-агаре у 38 больных (80,9%). Выявление энтерококков отмечено у 35 детей (74,5 %) на энтерококковом агаре. На среде Эндо отмечен рост *Escherichia coli* у 31 пациента (65,9 %).

Выводы:

1. Частота выявления и видовой состав бактериальной микрофлоры, колонизирующей носоглотку, структурно отличается от бактериологического исследования мазка из полости носа у детей с гипертрофией глоточной миндалины 3-4 степени.
2. Выявление в биоптатах глоточной миндалины у пациентов с аденоидами 3-4 степени в 80,9% случаев *S.aureus*, в 74,5 % энтерококков и 65,9 % *Escherichia coli* следует учитывать при назначении адекватного этиотропного лечения.
3. Высокий уровень обсемененности бактериями тканей глоточной миндалины у детей с аденоидами 3-4 степени может способствовать потенциальной опасности частого рецидивирования воспалительного процесса в носоглотке.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ С ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ
ПОЛИАРТРОПАТИЕЙ**

**Нишоновна Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р.,
Ахмедов Б.Х.**

**Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. В настоящее время во всех странах с высоким уровнем жизни отмечается увеличение количества больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. По данным ВОЗ, в 2012 г. патология костно-мышечной системы заняла третье место после болезней органов дыхания, системы кровообращения, и встречается у 33,2 на 1000 человек населения

Основным проявлением гемофилии является поражение суставов, вызывающее развитие гемартроза, хронического синовита, остеоартроза, что, в конечном счете, приводит к разрушению хряща и суставных поверхностей, нарушению функции сустава и последующей инвалидизации.

Цель исследования. Повысить эффективность малоинвазивных хирургических вмешательств на суставах у больных с гемофилической полиартропатией.

Материал и методы исследования. В 2022 году в клинике АГМИ проходили лечение 50 больных гемофилией, у всех из них отмечено тяжелое течение заболевания.

Результаты исследования. Внутрисуставное введение дипроспана (n=31) привело к снятию болевого синдрома. Рифампициновый синовиртез проведен у 5 больных с хроническим синовитом коленного (n=3) и локтевого (n=2) суставов. Предварительно из полости коленного сустава потребовалась аспирация геморрагического содержимого (от 20 до 100 мл).

В одном случае с осумкованной синовиальной полостью потребовалась дополнительная пункция этой полости под ультразвуковым контролем, аспирация содержимого и введение лекарственного средства.

Проведение рифампицинового синовиртеза под ультразвуковым контролем, визуализация иглы в полости сустава, позволили минимизировать болевой синдром, в сравнении с группой больных, которым ранее внутрисуставно вводился рифампицин и отмечался выраженный болевой синдром. Внутрисуставное введение хондропротекторов (n=230) в коленные (n=130), голеностопные (n=78) и в локтевые (n=22) суставы позволило снизить боли в суставах на срок от 6 до 8 месяцев, снять стартовые боли и увеличить объем движений в суставе.

Выводы. Ультразвуковой контроль малоинвазивных хирургических вмешательств на суставах позволяет визуализировать ход операции, оценить степень аспирации жидкости из полости, контролировать распределение лекарственного препарата в полости сустава, исключить внесуставное введение препарата и, соответственно, снизить выраженность болевого синдрома.

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ В-КЛЕТОЧНОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ**

**Нишоновна Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р.,
Ахмедов Б.Х.**

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Хронический В-клеточный лимфолейкоз (В-ХЛЛ) - наиболее распространенный и, следовательно, изученный лейкоз взрослых. В соответствии с современной классификацией гемобластозов ВОЗ 2001 года, В-ХЛЛ - хроническая

опухоль, характеризующаяся клональной пролиферацией и накоплением CD5+, CD23+ опухолевых лимфоцитов в костном мозге, периферической крови, лимфатических узлах и селезенке.

Заболевание впервые описано около полутора веков назад Р. Вирховым [159] и в настоящее время диагностика опухоли не вызывает затруднений. В то же время, ни одна из современных международных классификаций В-ХЛЛ не предполагает существования отдельных форм болезни, которые отечественные гематологи начали описывать еще в 50-х годах прошлого века.

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

Методы исследования. Нами выделено 3 группы цитогенетических нарушений, имеющих разное прогностическое значение: к благоприятным факторам прогноза относятся отсутствие хромосомных нарушений и делеция 13q14 в качестве единственного нарушения кариотипа, к факторам «промежуточного» прогноза — трисомия хромосомы 12 и делеция 11q23, к неблагоприятным прогностическим факторам — делеция 17p13 и комплексные нарушения кариотипа.

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

Хромосомные нарушения выявлены у 56% больных В-ХЛЛ: самой частой абберрацией является делеция (25% случаев); делеция c1e11q23/ATM определена у 19% пациентов, трисомия хромосомы 12 — в 13% случаев, делеция 17p13/TP53 — у 7% и комплексные нарушения кариотипа - у 6% больных.

К благоприятным факторам прогноза относятся отсутствие выявленных хромосомных нарушений и делеция 13d14 в качестве единственного нарушения кариотипа (3-летняя общая выживаемость составила 83% и 78% соответственно).

Благоприятные цитогенетические факторы прогноза коррелируют с длительным удвоением количества лимфоцитов (больше 12 месяцев); кроме того, при отсутствии выявленных абберраций характерен мутированный вариант генов варибельного региона иммуноглобулинов и очаговое или интерстициальное поражение костного мозга, а при делеции 13d14 — экспрессия СБ 38 менее, чем на 30% клеток. Напротив, для больных с делецией 11q23, 17p13 и комплексным кариотипом характерно быстрое удвоение количества лимфоцитов (меньше 12 месяцев); кроме того, делеция 11q23 и комплексный кариотип коррелируют с экспрессией СБ38 более чем на 30% клеток.

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

БИЛЛИАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

*Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Нарушение взаимодействия систем организма приводит к взаимным функциональным и структурным изменениям в них самих и в целом. Поэтому гепатоэнтеральную циркуляцию различных органических и неорганических соединений можно без преувеличения причислить к кардинальным гомеостатическим механизмам. Снижение детоксикационной функции микрофлоры при дисбиозе, обусловленном различными патогенами, увеличивает нагрузку на ферментативные системы печени и способствует возникновению в ней метаболических структурных изменений.

Цель исследования: оценить у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), в зависимости от стадии заболевания, функциональное состояние желчного пузыря и характер изменений в структурных компонентах желчи.

Материал и методы. У 62 больных ХОБЛ (I стадия - n=16, II стадия - n=21, III стадия - n=25) и 20 лиц контрольной группы изучено функциональное состояние желчного пузыря (ЖП) методом УЗИ натощак и через 40 минут после пробного завтрака. Сократительная функция ЖП оценивалась по фракции выброса, в процентах от исходного объема, за норму принималось уменьшение объема от первоначального на 50-70%. В пузырной желчи, полученной по «уругвайской» методике, определяли концентрации (ммоль/л) желчных кислот (ЖК), холестерина (ХС), фосфолипидов (ФЛ). В исследование не включались больные с IV стадией ХОБЛ и декомпенсацией легочного сердца.

Результаты и их обсуждение. У больных ХОБЛ I стадии объем ЖП натощак составил в среднем $(40,86 \pm 4,63)$ мл и достоверно не отличался от группы контроля - $(38,82 \pm 1,94)$ мл. При этом двигательная функция ЖП в 78% случаев была нормальной, гипокинезия имела место в 12% случаев, гипермоторные нарушения - в 10% случаев. Выборочные средние значения концентраций ЖК $(88,43 \pm 1,04)$, ХС $(8,62 \pm 0,74)$, ФЛ $(4,21 \pm 0,24)$ не имели статистически значимых отличий от таковых у лиц контрольной группы ($p > 0,05$). У больных ХОБЛ II и III стадий объем желчного пузыря увеличивался в 1,4 и в 2 раза соответственно, наблюдалось увеличение % гипокинезии ЖП в 43% и 68% случаев соответственно. Снижались выборочные средние значения концентраций в желчи: ЖК - в 1,2 и 2 раза; ХС - в 1,4 и 1,8 раза; ФЛ - в 1,5 и 2 раза соответственно.

Вывод. У пациентов с ХОБЛ I, II стадий диагностируются нарушения секреции желчи и дисфункции желчевыделения в сторону гипокинезии желчных путей, прогрессирующие с тяжестью заболевания.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

*Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы.

Нарушение взаимодействия систем организма приводит к взаимным функциональным и структурным изменениям в них самих и в целом. Поэтому гепатоэнтеральную циркуляцию различных органических и неорганических соединений можно без преувел

ичения причислить к кардинальным гомеостатическим механизмам. Снижение детоксикационной функции микрофлоры при дисбиозе, обусловленном различными патогенами, увеличивает нагрузку на ферментативные системы печени и способствует возникновению новейших метаболических структурных изменений, влияющих на функциональное состояние головного мозга в том числе.

Цель исследования: оценить изменения ФС головного мозга у больных ХВГС I генотипа в зависимости от результатов лечения.

Материалы и методы. Обследованы 12 больных ХВГС I генотипа. Исследование ФС головного мозга проводилось методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) до начала лечения, через месяц лечения и по окончании курса лечения через 6 месяцев. Методы анализа ЭЭГ визуальный и фазометрический.

Результаты и их обсуждение. I группа – 8 больных, у которых после проведенного курса лечения вирус гепатита С методом ПЦР не определялся, активность трансаминаз (АЛТ, АСТ) нормализовалась. У них до лечения ЭЭГ была нормальной как при визуальном, так и при фазометрическом анализе. Через месяц лечения на ЭЭГ отмечались признаки заинтересованности неспецифических структур головного мозга, а при фазометрическом анализе усиливалась межполушарная асимметрия на фоне повышения уровня активности левого полушария. Эти изменения свидетельствовали о формировании адаптивных реакций мозга на проводимое лечение. При окончании лечения ЭЭГ у этих больных нормализовалась. II группа – 4 больных, у которых после проведенного курса лечения вирус гепатита С сохранялся. У этих больных до лечения на ЭЭГ выявлена заинтересованность диэнцефальных структур головного мозга как признак вегетососудистой дистонии. В динамике обследования каких-либо других изменений на ЭЭГ не было выявлено.

Выводы. При лечении больных ХВГС I генотипа, по-видимому, необходимо учитывать изменение ФС головного мозга как до начала лечения, так и в его динамике с целью оценки эффективности проводимой терапии.

ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

*Ниязова Ё.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Распространенность тревожно-фобических расстройств среди населения колеблется от 0,6 до 2,7% (Попов Ю.В., 2007). Проблема тревожно-депрессивных состояний имеет прямое отношение и к заболеваниям ЖКТ. Психогенные факторы играют важную роль в патогенезе ГЭРБ, в большей степени при НЭРБ и функциональной изжоге. Депрессивные и тревожные расстройства у данной категории больных являются провоцирующим фактором заболевания, так как стресс усиливает восприятие симптомов заболевания, приводит к снижению порога восприятия и увеличивает интенсивность восприятия инфузии кислоты в пищевод независимо от степени повреждения слизистой оболочки. Больные язвенной болезнью определены, как лица с высоким уровнем тревожности, внутренней эмоциональной лабильностью, что является исходной характеристикой, позволявшей прогнозировать неудовлетворительное заживление язвенного дефекта в ходе терапии. Отклонения в психической сфере являются причиной обострения симптомов СРК и неблагоприятно влияют на прогноз заболевания. Наиболее выраженный комплекс психических расстройств имеют больные СРК с преобладанием обстипаций, наименьший – с

алгическим вариантом, промежуточный – с диарейным синдромом. У больных НЯК уровень аффективных проявлений тесно связан с показателями, характеризующими активность патологического процесса и тяжесть течения заболевания. Индекс эндоскопической активности процесса и показатель, отражающий протяженность поражения толстой кишки, связан со степенью личностной тревожности и социально-психологической дезадаптации. Данные, указывающие на коморбидность тревожных расстройств и хронического панкреатита, весьма незначительны. Однако у больных хроническим панкреатитом имеется взаимосвязь психологических проявлений с особенностями течения заболевания (уровнем боли, степенью тяжести, морфологическими изменениями).

Выводы. Психические нарушения у гастроэнтерологических больных усугубляют тяжесть состояния пациента, снижают его адаптационные возможности, и тем самым влияют на течение и исход основного заболевания, ухудшая прогноз.
Ф

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СПИРОНОЛАКТОНА И ЭПЛЕРЕНОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нуритдинов Н.А., Камилова У.К.

*Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр терапии и медицинской
реабилитации, Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить фармакогенетические эффекты антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР) – спиронолактона и эплеренона у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования. Обследовано 134 больных I-III ФК ХСН ишемического генеза узбекской национальности. Средний возраст пациентов составил $56,7 \pm 6,9$ лет. Контрольную группу составили 102 здоровых лиц узбекской национальности. Молекулярно-генетические исследования проводились методом ПЦР в НИИ гематологии. Для уточнения роли изученных аллелей и генотипов полиморфизма гена CYP11B2 (rs1799998) в развитии ХСН следующим этапом явилось проведение сравнительного анализа различий при приеме АМКР – спиронолактона и эплеренона.

Результаты исследования. Для оценки сравнительной эффективности АМКР и фармакогенетических особенностей больные принимавшие антагонисты минералокортикоидных пепторов (АМКР) были разделены на 2 группы: 1 группу составили 71 больных со II ФК (39) и III ФК ХСН (32 больных) которым был назначен препарат спиронолактон в течение 6 месяцев ; 2 группу составили – 85 больных со II ФК (42) и III ФК ХСН, (43) которым был назначен препарат эплеренон в течение 6 месяцев. Результаты сравнительной эффективности спиронолактона и эплеренона показали, что эффективность комплексной терапии на уровень нейrogормонов почти аналогична в обеих группах у больных с ФК II. Однако у больных с ФК III имеется явное превосходство комплексной терапии с эплереноном, чем с спиронолактоном. В группе больных ХСН, принимавших эплеренон уровень Ал и МНУП снижался на 32,5 и 22,7% соответственно, тогда как в группе спиронолактона на 21,8% и 15,1% соответственно. С целью оценки эффективности спиронолактона и эплеренона на показатели МНУП и Ал, как основные биомаркеры неблагоприятного прогноза и прогрессирования ХСН, нами были проанализированы данные молекулярно-генетических исследований, не ответивших в ходе лечения положительно на уровень МНУП и Ал. Через 6-месячной терапии с применением спиронолактона и эплеренона у

8 больных: в 1 группе у 5 больных, во 2 группе, принимавших эплеренон 3 больных наблюдались высокие показатели уровня Ал, у 10 больных: в 1 группе у 6 больных, во 2 группе – 4 больных уровня МНУП, у 11 больных - в 1 группе у 6 больных, во 2 группе у 5 больных наблюдалось недостоверное снижение показателей Ал и МНУП. Исходные значения МНУП и Ал у больных со сниженным терапевтическим эффектом имели ниже средних значений и составили – $180,5 \pm 55,28$ и $173,3 \pm 35,64$.

Выводы. Изучение фармакогенетических особенностей АМРК показало, что носительство С аллеля и С/С/генотип оказывал проективное действие при приеме препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АНТИАНЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Нуритдинова Г.Т., Ахмаджанова Д. Р.
Андижанский государственный медицинский институт*

В настоящее время назрела необходимость совершенствования терапии детей с железодефицитной анемии (ЖДА), дальнейшей разработки и внедрения в клиническую педиатрию новых, более эффективных препаратов железа, что будет способствовать снижению заболеваемости, развитию тяжелых форм заболевания.

Учитывая антианемический эффект, а также то, что ферроцерон по структуре в определенной степени близок к структуре гемоглобина (Hb), так как имеющиеся в его молекуле циклопептидильные группировки, содержатся и в молекуле гема. Имеются также сведения о том, что с введением ферроцинового радикала в органическую молекулу, токсичность препарата значительно уменьшается.

Целью данной работы явилась разработка новой композиции ферроцерона и определить её терапевтическую эффективность у детей раннего возраста с ЖДА.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 195 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с ЖДА. Контрольную группу составили 224 ребенка аналогичного возраста. Среди обследованных больных у 21 ребенка диагностирована тяжелая форма заболевания (концентрация Hb ниже 70 г/л), у 70 – анемия средней тяжести (уровень Hb был в пределах 90-70 г/л). У остальных детей (104) – анемия легкой степени.

Всем больным проведено лечение препаратами железа. Из общего числа больных 42 ребенка получали лактат железа, 48 – сироп алоэ с железом, 45- феррумлек, 60- ферроцерон в сиропе шиповника. Комбинация ферроцерона с сиропом шиповника обусловлена высоким содержанием аскорбиновой кислоты в плодах шиповника, а также содержанием сахара в сиропе, что стимулирует высокую абсорбцию железа. Отмечалась положительная динамика прибавки Hb во всех группах детей, леченных препаратами железа. Однако, у детей получающих ферроцерон в сиропе шиповника концентрация гемоглобина достоверно выше уже на 15 - день приема препарата ($P < 0,01$; $P < 0,01$; $P < 0,01$), к этому сроку данный показатель близок к нижней границе нормального уровня его для раннего возраста, а на 25 день лечения происходит нормализация уровня Hb у детей, леченных ферроцероном в сиропе шиповника ($P < 0,05$; $P < 0,01$; $P < 0,01$). Более быстрое восстановление концентрации Hb в группе детей, получающих ферроцерон, можно объяснить более интенсивной скоростью прироста его по сравнению с таковой в других группах.

Скорость нарастания Hb в сутки достоверно выше прирост его у детей, леченных ферроцероном в сиропе шиповника ($P < 0,01$; $P < 0,01$; $P < 0,01$).

Более наглядным фактом об эффективности и преимуществе ферроцерона в сиропе шиповника могут служить данные прироста Hb 15 - и 25 - дней лечения препаратами железа.

Таким образом, итоги наших исследований по оценке эффективности ферротерапии дают возможность сделать вывод о том, что на фоне лечения детей ферроцероном в сиропе шиповника происходит более прогрессивное улучшение самочувствия и состояния детей, эпителиальный синдром и другие симптомы заболевания ликвидируются на 15 – 20 день, что на 8 -12 дней раньше, по сравнению с группой детей, получающих другие железосодержащие препараты. Также препаратом выбора должен быть препарат, дающий быстрый, стойкий терапевтический эффект, сокращающий сроки лечения больных, каковым является ферроцерон в сиропе шиповника.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Нуритдинова Г.Т., Ахмаджанова Д. Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Улучшение антенатальной диагностики плода с большой массой тела привело к возрастанию показаний к проведению кесарева сечения (26-40%), причем без заметного снижения частоты дистоции плечиков и повреждения плода. Эти и другие литературные предпосылки вызывают необходимость более углубленного изучения механизмов развития и рождения детей с большой массой тела.

Цель исследования. Изучение исходов родов для матери и плода при большой массе тела последнего.

Материал и методы исследования. Для достижения данной цели нами проведен анализ материалов 758 историй родов и карты развития новорожденных, родившихся в 2021--2022 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).

Результаты исследования и их обсуждение.

Роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели больший срок беременности ($39,9 \pm 0,15$ против $39,4 \pm 0,11$ нед, $P < 0,01$), большую массу ребёнка ($73,9 \pm 0,87$ против $65,0 \pm 1,14$ кг, $P < 0,001$), длину тела ($16,9 \pm 0,80$ против $15,7,9 \pm 1,17$ см, $P < 0,001$), индекс Кетле ($27,2 \pm 0,31$ против $26,0 \pm 0,04$ усл. ед, $P < 0,001$).

Результаты анализов течения родов выявили значительную ее 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, $P < 0,013$), отслойка 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%, $P < 0,002$), анатомический и функциональный узкий таз (10,7% против 2,5%, $P < 0,015$), что явилось показанием к проведению эпизео- и перинеотомии (14,3% против 3,75%, $P < 0,006$), использованию акушерских щипцов и вакуум экстракции (7,14% против 2,5%, $P > 0,05$), плановой и экстренной операции кесарева сечения (22,6% против 8,75%, $P < 0,006$).

Выводы.

1. Состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительноотягощены, в связи с концентрацией пре- и перинатальных факторов риска, способствующих высокой травматизации матери и плода.

Эти данные требуют углубленного изучения здоровья новорожденных, родившихся с большой массой тела в проспективном плане.

2. 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).

АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ЎСМИРЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ ВА ЖИХАТЛАРИ

*Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Усмонов Б.У.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – артериал гипотонияни (АрГ) ўсмир ёшидаги аҳолида замонавий эпидемиологик тавсифлари ва жихатларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. Эпидемиологик тадқиқотда 1465та 15-22ёшдаги ўсмирлар Фарғона водийсини Наманган иқлимий шароитида комплекс текширилди. Клиник, физик, субъектив, биохимик, инструменталь ва эпидемиологик усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. Аён бўлдики, АрГ 15-22ёшли ўсмирларда популяциясида 18,6фоиз тарқалиш частотаси билан кузатилади (15-17ёшлиларда-10,8фоиз ва 18-22да -45,1 фоиз; $p<0,001$). Турли шақллари куйидагича частоталарда тасдиқланади: бирламчи АрГ-8,6 ва 2,2фоиздан ($p<0,001$), физиологик АрГ-4,2фоиз, нейрокардиал АрГ-13,7фоиз, постпрондиал АрГ-9,3фоиз ортостатик АрГ-4,2фоиз, транзитор АрГ-4,8фоиз, кардиоаритмик АрГ-3,1 фоиз ва дори-дармонли чақириладиган АрГ-1,2фоиздан.

Ёшга боғлиқ холда: физиологик АрГ 42,5 баробарга ($p<0,001$), патологик АрГ-2,7баробарга ($p<0,01$), нейрокардиал АрГ-уч баробарга ($p<0,01$), постпрондиал АрГ-икки баробарга ($p<0,01$), ортостатик АрГ-2,6мартагача ($p<0,01$), транзитор ишемик хуружли АрГ-2,5баробарга ($p<0,01$), кардиоаритмик АрГ-2,9 баробарга ($p<0,01$) ва дори-дармонлардан келиб чиқадиган АрГ- 2,1 баробарга етиб ортиши кузатилади ($p <0,01$).

Умуман тасдиқландики, АрГ номақбул эпидемиологик тавсифлари билан ўсмир ва ўспирин ёшидаги замонавий водий аҳолисида жиддий муаммо бўлиб қолган.

ЎСМИРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ШАҚЛЛАНИБ ВА АВЖЛАНИБ БОРИШИНING ХОС ҚИРРАЛАРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТ).

*Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Усмонов Б.У.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқот мақсади – Фарғона водийси шароитида ўсмирлардаги артериаль гипотониянинг (ЎАрГ) келиб чиқиши ва авжланиб боришининг хос жихатларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Репрезентатив ўсмирлар популяциясида (1465 та) эпидемиологик тадқиқот ташкил қилинди. Уни амалга оширишда замонавий скринингли текширув усуллари (сўровномали, биохимик, инструменталь, функционал ва статистик) қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. ЎАрГни профилактик “негизлари” хос жихатлари аниқланди ва уни ҳисобга олиб профилактик дастурлар амалга оширилса – самарадорлик даражалари 93,0 фоиздан зиёдга етиб ортиши тасдиқланди. Чунончи, куйидаги якуний хулосалар амалий фаолият учун тасия қилинади: Амалий фаолиятда артериал гипотониянинг шаклланиши, клиник кечиши ва асоратланиши билан ассоциацияланувчи хатар омилларини акс этдириб проностик аҳамият касб этувчи АрГ ни математик моделидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бундай фаолият 86,7 фоиз АрГ билан касалланиш даражасини ва 13,3 фоизга етиб унга боғлиқ келиб чиқадиган континуумларни бартарафлаш имкониятини беради. Ўсмирларда артериал гипотониянинг замонавий клиник кечиши аксарият 8 та клиник симптомлар ва синдромлар (умумий симптомлар, вазодепрессорли синкоп, постурал синкоп, синокаротидли синкоп, геповолемик синкоп, кардиоаритмик синкоп, гипервентиляцияли синкоп ва постпрандиал реакциялар) билан ифодаланади. Энг кўп частота билан (70,7 фоиз) умумий симптомлар ва уларга қиёслаганда то 47,1 баробаргача етиб кам даражаларда бошқа аломатлари кузатилади. АрГ ни анъанавий тус билан кечиши 93,0 фоиз ва ноанъанавий (субклиник) клиник ифодаланиб аниқланиши 7,0 фоизни ташкил этади. Ўсмирлар ва ўспиринларда артериал гипотония билан боғлиқ “терапевтик чидамли” муаммоларни тўлиқ ечишда эпидемиологик текширувлардан кенг фойдаланиш тавсия этилади. Бунинг учун стандартизацияланган скрининг усулларидан фойдаланиб ва тиббий ходимлар махсус тайёргарликдан ўтказилиб эпидемиологик текширувлар мунтазам амалга оширилиши даркор.

СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОСРЕДСТВОМ ПРИВЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СЕМЕЙНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ТАШКЕНТА

Нурмухамедова Р.А., Одылова Б.Т..

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Возникновение коронавирусной пандемии COVID-19 в мире показало низкий уровень физического здоровья и здорового образа жизни населения Узбекистана, как и в ряде других стран. Коронавирусная инфекция COVID-19 оказала негативное влияние на здоровье сограждан, страдающих прежде всего сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями дыхательных путей и ожирением (избыточным весом). В результате, чего сегодняшняя пандемия стала причиной преждевременной смертности многих наших граждан. Возникшая ситуация сегодня от всех нас требует сделать серьезные выводы, избавиться от вредных привычек, регулярно заниматься массовым спортом, соблюдать принципы правильного питания, в частности воздерживаться от чрезмерного употребления продуктов с высоким содержанием соли, сахара и жиров, а также мучных блюд, сладостей и хлебной продукции, — одним словом, внедрить здоровый образ жизни в нашу повседневность. В целях обеспечения формирования у каждого гражданина стойкой иммунной системы против заболеваний путем регулярных занятий физической культурой и массовым спортом и формирования навыков здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, соблюдения принципов правильного питания, системной и эффективной организации работ по восстановлению и реабилитации, массовых мероприятий по физической активности, создания соответствующей инфраструктуры и других необходимых условий:

1. Определить основными направлениями широкого внедрения в жизнь здорового образа жизни и дальнейшего развития массового спорта: создание условий для занятий физической культурой и массовым спортом в каждой семье, махаллях, районах (городах), дошкольных, общих средних, средних

специальных, профессиональных и высших образовательных учреждениях, а также других организациях;
проведение спортивных соревнований по развитию массового спорта между семьями, классами, трудовыми коллективами и регионами на постоянной основе;
создание условий, обеспечивающих удовлетворение потребности разных групп населения в здоровом питании, снижение заболеваемости, случаев избыточного веса (ожирения), а также преждевременной смерти посредством сокращения употребления продуктов с высоким содержанием соли, сахара и жиров, а также мучных блюд, сладостей и хлебной продукции, отказа от вредных привычек, в частности употребления алкогольной и табачной продукции;
широкая пропаганда среди населения культуры здорового питания, в том числе отказ от беспорядочного питания и употребления пищи перед сном;
пропаганда соблюдения санитарно-гигиенических правил как неразрывной части здорового образа жизни на уровне семьи, махалли, дошкольных образовательных и общеобразовательных учреждений;
формирование современной материально-технической базы для занятий физической культурой и спортом в профессиональных и высших образовательных учреждениях, на предприятиях, в организациях, а также других видах учреждений. С целью осуществления контроля медицинскими работниками образовательных организаций, а также медицинскими работниками центральных районных (городских) многопрофильных поликлиник, закрепленными за общеобразовательными школами, состояния здоровья и физического развития воспитанников и учащихся, соблюдение ими санитарно-гигиенических правил, проведение занятий по физической культуре, регулярное занятие спортом, пропаганду здорового образа жизни, организацию лечебно-профилактических мероприятий нами было проведена оценка состояния здоровья населения и отношения населения к работе в первичном звене здравоохранения в семейной поликлинике №48 г. Ташкента.

Нами взят один участок пациентов, в возрасте 12-15 лет в количестве 30 человек, из них регулярно спортом занимались 15%, физкультурой на занятиях -25% и ни какой ни занимаются физкультурой -45%.

Эффективное общение и хорошие навыки межличностного общения необходимы для успешного проведения консультации с пациентами, беседы с населением и профессионального диалога с сотрудниками. Общение – это передача информации или мыслей по определенной теме посредством слов, действий или знаков. Основа общения это общность, чем больше общего у вас с собеседником, тем лучше общение. Создание общности является фундаментом хорошего общения. Эффективное общение нацелено на то, чтобы:

- 1) улучшить качество оказания медицинской помощи населению;
- 2) улучшить эффективность использования имеющихся ресурсов;
- 3) добиться удовлетворенности пациентов с учетом его прав и обязанностей;
- 4) создать благоприятную обстановку для беседы.

Межличностное общение увеличивает доверие пациента к медицинскому работнику, улучшает информированность пациента о своем состоянии, причинах его возникновения, способах решения своей проблемы. Осознанное принятие решения пациентом будет способствовать изменению поведения и следованию рекомендациям медицинского работника. Информированное здоровое население – гарантия того, что пациенты принимают наиболее правильные, основанные на знании, решения и удовлетворены своим выбором. Информирование населения по вопросам здоровья способствуют ведению здорового образа жизни. Пациенты, зная об осложнениях, будут выполнять рекомендации врача, они будут следить за своим здоровьем, а главное, будут чувствовать личную ответственность за свое здоровье.

Вывод: При этом нами было предусмотрено показателей привлечения населения к занятиям физической культурой и спортом, соблюдения требований правильного питания и здорового образа жизни, и рекомендованы во время проведения консультаций для снижения заболеваемости среди населения.

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ШУМОМ В УШАХ

*Орзукулов Б. М., Насретдинова М.Т.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет*

Актуальность: Шум в ушах – распространенный симптом, являющийся проявлением как заболеваний уха, так и патологии других органов и систем. Шум в ушах оказывает негативное влияние на психоэмоциональный статус человека, служит фактором развития дистресса в виду того, что восприятие ушного шума ассоциируется с потенциальной угрозой жизни и здоровью

Цель исследования: применение психотерапии у пациентов с ушным шумом.

Материалы и методы исследования: Мы наблюдали 12 больных (9 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 28 до 45 лет. Все они страдали шумом в течение длительного времени - от 1 года до 7 лет. Неоднократно проходили различные курсы терапии, но в отношении шума в ушах - без эффекта. При отоневрологическом обследовании у 8 человек была выявлена патология периферического отдела слухового анализатора, у 3 - смешанная и у 1 больного объективной патологии слухового анализатора выявлено не было. Всем больным проведена аудиометрия и исследование слуховых вызванных потенциалов.

Результаты исследования При аудиометрии у всех определено снижение слуха по нейросенсорному типу, генез выявленных нарушений слухового анализатора был в основном сосудистым инфекционным. Больные были проконсультированы невропатологом, при этом у всех была выявлена та или иная неврологическая патология: вегето-сосудистая дистония, вертебробазилярная недостаточность, остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника, симпатико-адреналовые кризы. обращал на себя внимание и тот факт, что все больные были, безусловно, невротиками, их психоэмоциональный статус можно было охарактеризовать как астеническое, астенодепрессивное, астеноипохондрическое состояние. В генезе этих состояний ведущую роль занимали острые и хронические психотравмирующие ситуации. Было сделано гипотетическое предположение, что шум имеет психосоматическое происхождение, психосоматическое заболевание можно определить как расстройство, при котором в связи с воздействием эмоциональных факторов развиваются органические изменения в организме. Исходя из этих соображений, этим больным было предложено пройти психотерапевтический курс. Психотерапевтическая работа с этими больными проводилась по нескольким направлениям: проработка психоэмоциональных конфликтов, гипноз, обучение. Курс лечения состоял из 10-20 сеансов.

Выводы: Результаты психотерапии шума можно расценить как положительные. У 6 больных он полностью исчез, 5 больных научились его полностью игнорировать, у 2 больных значительно уменьшилась интенсивность шума.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОТУЛИЗМА

Осипова Е. М., Шаджалилова М. С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В Республике Узбекистан, как и в других странах земного шара, заболеваемость ботулизмом являются очень актуальной по своей социальной и экономической значимости, и имеет важное значение в реализации национальной программы по снижению важнейших инфекционных заболеваний в Республике. Происходящие за последние десятилетия коренные изменения социально-экономической ситуации обусловило достаточно выраженные сдвиги в структуре, распространённости, основных клинико-эпидемиологических проявлениях ботулизма.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей течения и эпидемиологических аспектов ботулизма.

Материалы и методы исследования: Нами проводилось клиническое обследование 56 больных ботулизмом в возрасте от 19 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в период 2009-2020 гг. Классификация случая «ботулизм» основывалось на данных предположительного случая и на принципах предложенных приказом №631 МЗ РУз и на основании клиническое практическое руководство по ботулизму предложенного М.Б. Шараповым.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования выявлен пик заболеваемости у 83% больных в возрасте от 18 до 49 лет, что показывает нам выявляемость ботулизма среди лиц трудоспособного возраста. Другой особенностью эпидемиологии ботулизма, по нашим данным, является преобладание среди заболевших лиц женского пола (52%). В большинстве случаев больные поступали в клинику в период ноябрь – декабрь - февраль месяцы года. В нашей клинике в основном встречалось только пищевой ботулизм. Основной путь инфицирования больных – пищевой, обусловленный чаще всего при употреблении консервированных продуктов, приготовленных домашним способом. Сопоставление частоты выявления тяжести течения ботулизма в зависимости от возраста обследованных больных показала прямую зависимость тяжести течения от возраста больных. В ходе выполнения работы нами было выявлено большой процент нераспознанного ботулизма: из 56 больных, находившихся под нашим наблюдением с неправильным диагнозом получали лечение 35 (58,3%). Неправильная диагностика привела 58% случаев к поздней госпитализаций. Так, в течение первых 10 дней болезни было госпитализировано 25 (45,0%) больных. Запоздавая госпитализация больных ботулизмом, особенно при тяжелом течении, являлась одной из основных причинно-следственным фактором тяжелых осложнений. Далее нами была проанализирована очаговость среди заболевших ботулизмом, связанных с употреблением одного и того же пищевого продукта. Очаговость наблюдалось в 22 очагах. Из них с 2-мя больными зарегистрировано 8 очагов, с 3-мя больными 3 очагов, с 4-мя больными 1 очаг, в 10-ти очагах было по одному случаю. В структуре заболеваемости ботулизмом преобладали спорадические (72%), тогда как семейные и коллективные вспышки встречались реже в 28% случаев. При распределении больных в зависимости от тяжести течения болезни установлена у 30 (53,6%) случаев среднетяжелая и у 26 (46,4%) случаев тяжелая форма ботулизма. Начало заболевания у большинство больных (82%) острое и проявлялось в трех клинических вариантах: у 39 больных с преобладанием диспепсических расстройств, у 42 больных с преобладанием расстройств зрения и у 22 больных с преобладанием недостаточности дыхательной функции. Клиническая картина ботулизма у всех больных была ярко очерченной. Имели место слабость, чувство недомогания, затруднения при дыхании, резкая сухость во рту. Симптоматика

поражения нервной системы включала в себя птоз и поперхивание, так же затруднение глотания жидкой пищи.

Выводы. Клинико-эпидемиологический анализ ботулизма показал, что клиническая картина ботулизма сохраняет сезонный характер, преобладали спорадические (72%) случаи, чаще болеют женщины, преимущественно среднетяжелым течением болезни.

КРЕМ «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ГРИБКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность крема «Деклосид» у больных инфильтративно – нагноительной формой трихофитии гладкой кожи и волосистой части головы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных варьировало от 6 до 39 лет, мужчин было 28, женщин - 14. У 19 больных процесс локализовался на волосистой части головы, у 16 на гладкой коже, у 7 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Крем «Деклосид» фирмы «World medicine» применялся наружно 2 раза в день (утром и вечером) путём аппликации в очаги поражения тонким слоем под повязку. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Все больные кроме местной терапии получили общее лечение системными фунгицидными препаратами: тербинокс, тербезил и гризеофульвин в общепринятой дозе 2 - 3 недели. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили антибиотики, витаминотерапию, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат. К концу первой недели у большинства больных кожный процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема уменьшилась, инфильтрация заметно уплощалась. К концу лечения у всех больных кожный процесс полностью регрессировался.

Заключение. Таким образом, наши наблюдения показывают, что крем «Деклосид» является высокоэффективным средством для наружного лечения больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии гладкой кожи и волосистой части головы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «УРСОСАН» И МАЗИ “ЭПЛАН” У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Экссудативная форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Экссудативная форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учётом формы распространенности процесса.

Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Овесол), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корректирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и

регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, урсосан— комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Урсосан» у больных экссудативной формой псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 23 больных (12 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 20 до 39 лет. У всех больных было диагностировано экссудативная форма псориаза. Из них у 16 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Пospelова была положительна у всех больных. Из 23 больных у 17 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Урсосан (урсодезоксихолевая кислота) больные принимали внутрь по 250 мг 2 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали мазью «Эплан». Урсосан – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитическое, гипополипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 6 день после начала комплексного лечения с применением препарата Урсосан, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 3 - 4 дня. У всех больных после применения «Урсосан» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Препарат «Урсосан» оказался эффективным препаратом в лечении экссудативной формы псориаза и удобен в применении без побочных явлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ С ПОМОЩЬЮ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ»

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза вульгарного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растёт заболеваемость (Рахматов А.Б. и др. 2009, Papp K.A.,2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом (Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н.,2005; Котельникова А.Б. и др.,2009; Рахматов А.Б.,2010). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепат Мерц».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Гепат Мерц» представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмолитическим действием. Мы предлагаем включить в комплексную терапию вульгарного псориаза крем – бальзам «Облепиха и мумиё», оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день на кожу лёгкими массажными движениями до полного

впитывания. Препарат «Гепа Мерц» используется для благоприятного действия на функцию печени, участвует в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Гепа Мерц» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 15 больных вульгарным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 10-12 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшилось шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 3-недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 4 недели у большинства больных элементы поражения рассасывались.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

Пакирдинов А.Б., Арапов Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Изучили эпидемиологию и клинические особенности зоофильной трихофитии по Андижанской области за 2012 год путем ознакомления с историей болезни больных, лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного кожно-венерического диспансера. За данный период зарегистрировано 412 больных этой разновидностью дерматомикоза, из них 247 больных мужского пола, 165- женского. Детей до 14 лет было 204 (49,5%, взрослые 208 (50,5%).

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 5 (1,2%) взрослых больных и у 52 (12,6%) детей. На гладкой коже располагался у 114 (27,7%) взрослых больных и у 117 (28,4%) детей. Сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы выявлено у 35 (8,5%) больных детей. У 89 (21,6%) взрослых больных было выявлено поражение лобковой области. Из вышеперечисленных статистических данных видно, что если раньше зоофильная трихофития встречалась в основном у детей, то на современном этапе одинаково часто встречается и у детей, и у взрослых. У взрослых процесс главным образом локализуется на гладкой коже и лобковой области.

При локализации очага поражения на волосистой части головы преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяные фолликулы, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдалась эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы появились в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания, и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Изучение эпидемиологии показало, что у 82 (92,1%) взрослых больных с локализацией очага поражения в лобковой области заражение произошло при половых контактах с незнакомыми женщинами, в остальных случаях в бане, в результате ношения чужой одежды, при уходе за животными и других неизвестных обстоятельствах. Взрослые с поражением гладкой кожи заразились в основном при уходе за животными. Дети тоже заразились в основном от животных – в 156 случаях, что составляет 76,5%, в остальных случаях они заразились от сверстников.

Таким образом, изучение эпидемиологии и клиники зоофильной трихофитии по Андижанской области за 2012 год показывает, что поражение взрослого и детского населения данным микозом встречается одинаково часто. У взрослых растёт число больных с локализацией процесса в лобковой области, который, в основном, передаётся при половых контактах. Поражение волосистой части головы у взрослых встречается

очень редко. При локализации процесса в волосистой части головы, превалируют инфильтрация и глубокие пустулы, на гладкой коже процесс, в основном, проявляется эритемой и незначительной инфильтрацией, а также поверхностными пустулами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «РУМИКОЗА» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

Пакирдинов А.Б., Арапов Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема лечения микозов кожи всегда являлась актуальной, ибо эти заболевания имеют тенденцию к широкому распространению и занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии кожи.

Цель работы: изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Румикоз» у больных инфильтративно-нагноительной трихофитией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 78 больных в возрасте от 6 до 42 лет (47 больные мужского пола, 31 женского) лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного КВД по поводу инфильтративно-нагноительной трихофитии. У 58 больных процесс локализовался на гладкой коже, в том числе у 12 взрослых больных в лобковой области; у 14 на волосистой части головы; у 6-сочетанное (волосистой части головы и гладкая кожа) поражение. Все больные подвергнуты бактериоскопическому исследованию на грибок, у 37 больных был проведено бактериологическое исследование – посев патологического материала в среду Сабуро.

Больным детям в возрасте от 6 до 14 лет «Румикоз» фирмы ОАО «Отечественные лекарства» (РФ) давали по 100 мг 1 раз в сутки, а остальным больным по 200 мг (2 капсулы) 1 раза в день в течение 15 дней. Одновременно проводилось наружное лечение: обработка и санация гнойничковых элементов в очаге поражения с последующим наложением фунгицидных средств: кремы дермазол, экалин, мази тербизил, бинафин, микосист и др.

Результаты: У всех больных при бактериоскопическом исследовании были найдены грибки (при исследовании волос они располагались снаружи), а при бактериологическом исследовании у 37 больных получен рост *Tr. Mentagraphytes v. girseum*. На 3-4 день лечения воспалительные явления в очагах поражения заметно уменьшились, инфильтрация начала уплощаться. На 6-7 день гнойнички и инфильтрация значительно уменьшились. На 10-12 день эритема практически исчезла, очаги очищались от гнойничковых элементов, инфильтрация осталась незначительная. На 14-15 день лечения в очагах поражения практически все клинические проявления разрешились. При трехкратном бактериоскопическом исследовании с интервалом в 2 дня после окончания лечения грибки не были найдены.

Вывод: Таким образом, полученные результаты показали высокую клинико-бактериологическую эффективность «Румикоза» у больных инфильтративно-нагноительной трихофитией.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЭКЗОДЕРИЛА» ПРИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

Пакирдинов А.Б., Арапов Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить эффективность «Экзодерила» при наружной терапии зоофильной трихофитии.

Материалы и методы: были изучены и обработаны истории болезни 37 больных зоофильной трихофитией в возрасте от 6 до 24 лет. У всех больных диагноз был подтвержден бактериоскопическим обнаружением мицелия грибка в материале с очага поражения. Все больные получали общее лечение «Гризеофульвином» в курсовой дозе соответственно весу и возрасту. Для наружного лечения у всех больных был использован крем «Экзодерил» фирмы «Лек», который наносился на очаг поражения и соседние участки один раз в день, предварительно тщательно очистив место нанесения.

Полученные результаты: У всех больных регресс кожного процесса наступил на 3-4 дня раньше, чем у больных, лечившихся другими фунгицидными препаратами для наружного применения (дермазол, микосептин, микозолон, тридерм).

Заключение: Таким образом, «Экзодерил» является высокоэффективным препаратом при наружной терапии зоофильной трихофитии.

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ВА ВИРУСЛИ ЗОТИЛЖАМ ҚУШИЛИБ КЕЛИШИ.

*Парпиева Н.Н., Мухамедов К.С., Онгарбайев Д.О., Шаниязов А.Ж¹, Эшонов С.З²,
Ташкентский Тиббиёт Академияси¹.*

Республика 1-сон махсус Зангиота шифохонаси булими мудири².

Долзарблиги: Охирги йилларда вирусли касалликлар (Covid-19) тарқалиши юқори даражага кўтарилди. Катталиги 80-220 нм га тенг келадиган РНК- сақловчи вирус чакирувчи касалликнинг ўпка формаси (Sars-Cov) ўпка паренхимаси зарарланиши билан кечади. Бу вируслар оиласи турли хил хайвон турларида ҳам қатор касалликлар келтириб чиқаради. 2012 йил охирида биринчи марта Яқин Шарқ мамлакатларидан бирида илгари одамларда касаллик келтириб чиқармаган янги коронавирус штамми аниқланди. ЖССТнинг 09.03.2021 йилда берган маълумотида 2,7 миллиондан ортиқ янги COVID-19 касаллиги қайд етилди, бу аввалги ҳафтага нисбатан 2 фоизга кўпдир. Жаҳон миқёсидаги касалликнинг ўсишига Шарқий Ўрта ер денгизи (10%), Африка минтақаси (10%) ва Европада (4%) касалмандлик кўрсаткичининг ошиши таъсир қилди, кичик пасайишлар еса Америка қитъаларида (-2%), Жануби-Шарқий Осиёда (-2%) ва Тинч океанининг ғарбий минтақаларида (-6%) кузатилди.

Мақсад: Covid-19 билан касалланган беморларда нафас йўллари касалликлари юзага келишини аниқлаш.

Тадқиқот услуби: Республика 1-сон махсус Зангиота шифохонасида 2020 йилдаги 240 та Covid-19 билан касалланган беморларнинг статистик ва касаллик тарихи, сураб-суруштуруви асосида маълумотлар ўрганилиб чиқилди.

Натижалари: Олинган касалларни жиниси бўйича ажратадиган булсак 93 таси эркак, 147 та аёл. Касалларни 3 грухга ажратилиб ўрганилди: 1-грух: ПЦР усулида тасдиқланган Covid-19, U07.1, 2-грух: ПЦР усулида ва МСКТ тасдиқланган Covid-19 + Вирусли Зотилжам, U07.1, 3-грух: ПЦР усулида Covid-19 тасдиқланмаган, аммо МСКТ да Вирусли Зотилжам тасдиқланган U07.2. 1-грухда (U07.1) 10 та бемор аниқланган, 2-грухда (U07.1+ зотилжам) 154 та бемор аниқланган булса, 3-грухда (U07.2 + зотилжам) 76 та касал аниқланган. 164 та беморда Covid-19 лабораторияда ПЦР усулида аниқланган булса, 76 та беморда Covid-19 ПЦР усулида тасдиқланмаган, ўпканинг зарарланиши 230 та беморда аниқланди.

Хулосалар: Изланишлар натижасида, касалланиш, куриб турганимиздек умумий курсаткичидан 1-грухдаги беморлар 4,2%, 2-грухдаги беморлар 64,2% , 3-грухдаги беморлар 31,6%ни ташкил этди. 68,3 % беморларда коронавирус инфекцияси аниқланган булса, 95.8% беморларда вирусли зотилжам аниқланган. SARS-Cov билан касалланган купчилик беморларда нафас олиш йўллари касаллиги пайдо бўлган ва

иккиламчи асоратлар, шу жумладан, ўткир респиратор дистресс синдроми ва тарқалган қон томирлараро коагуляция пайдо бўлган.

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Пирматов Ш.Ш., Рахматуллаева Н.И., Холматов Р.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. На амбулаторном приеме редко можно встретить у лиц старше 18 лет самоограничивающиеся эпилептические припадки, характерные для синдромов детского возраста или разрушительных младенческих эпилептических энцефалопатий. Приводим основные данные по эпилептическим синдромам, чаще всего встречающимся во взрослой практике.

Цель исследования. С помощью электроэнцефалографических (ЭЭГ) исследований определить особенности биоэлектрической активности головного мозга при эпилепсии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В течение 5 лет, с 2020 по 2021 гг. проводилось проспективное исследование клинико-нейрофизиологических особенностей эпилепсии и возможностей ее лечения у 89 пациентов в возрасте 63-96 лет ($m=75,5\pm 6,87$ лет).

Результаты и их обсуждение. При исследовании ЭЭГ пациентов обеих выделенных групп выявлены некоторые общие черты, которые отличают биоэлектрическую активность головного мозга пациентов больных эпилепсией пожилого и старческого возраста от таковой у лиц аналогичного возраста, но не страдающих эпилептическими припадками.

На фоне дезорганизации фоновой биоэлектрической активности у 50 (56,2%) пациентов основной группы также наблюдалась гиперсинхронизация основных корковых ритмов; в группе контроля подобного рода наблюдений оказалось всего 2 (6,7%); $P<0,001$). Среди пациентов основной группы повышение индекса бета-активности более 40% выявлено в 7 (7,9%) наблюдениях, в контрольной группе - в 18 (60%); $P<0,001$. Это, с одной стороны, подтверждает известное положение о том, что для пожилых людей в популяции характерно увеличение индекса бета-активности, с другой, свидетельствует об определенной редкости данного феномена среди больных эпилепсией пожилого и старческого возраста. Это согласуется с тем, что, несмотря на увеличение индекса бета-активности у представителей контрольной группы, вспышки высокоамплитудных бета-волн, являющиеся условно-эпилептиформным феноменом, чаще наблюдались среди больных эпилепсией – у 15 (16,9%), тогда как в контрольной группе – только у 3 (6%) больных.

Среди больных эпилепсией усредненные показатели индекса медленноволновой активности достигали $39,5\pm 6,5\%$, в контрольной группе – $29,9\pm 3,1\%$ ($P<0,001$). Это в принципе соответствует представлениям о том, что к естественным инволютивным особенностям ЭЭГ относятся также увеличение после 60 лет индекса медленноволновой активности. Также достоверно чаще среди больных эпилепсией наблюдались ЭЭГ с феноменом периодического регионального замедления основного ритма и фокальной эпилептиформной активности.

В группе больных эпилепсией в 24 (27%) наблюдениях отмечено замедление основной активности I степени (7 Гц и ниже), в контрольной группе – только в 4 (13,3%) случаях. Замедление основной активности II степени (6 Гц и ниже) также значительно чаще ($P=0,009$) отмечено среди лиц, страдавших эпилепсией (табл. 1). Это согласуется с тем, что замедление основной активности по сравнению с возрастной нормой всегда является признаком серьезной патологии головного мозга. Конечно, у

пожилых больных замедление основной активности I степени может считаться условно-нормальным феноменом, так как после 60 лет происходит постепенное физиологическое уменьшение частоты альфа-ритма приблизительно на 1 Гц за каждые 10 лет. Замедление же основной активности II-III степени у пожилых пациентов является маркером грубой корковой атрофии мозга.

Все пациенты исследуемых групп с различными выделенными вариантами эпилепсии имели статистически значимые отличия ($p < 0,05$) по степени синхронизации основных ритмов с группой сравнения и не отличались по этому показателю между собой. Таким образом, общей характерной чертой ЭЭГ всех исследуемых групп пациентов с эпилепсией была тенденция к высокоамплитудной синхронизации.

Запись ЭЭГ во сне удалось провести только у 6 пациентов, так как инсомния является частым сопутствующим симптомом у данной категории больных. ЭЭГ картина медленноволнового сна у представителей 1-й группы характеризовалась дезорганизованностью с удлинением первой фазы медленноволнового сна. Сон при этом был поверхностным, с частыми пробуждениями на 8-12 секунд и артефактами движения; специфические паттерны сна – K-комплексы, вертекс-потенциалы и сонные веретена – были выражены недостаточно отчетливо, дельта-сон укорочен, амплитуда дельта-активности снижена. Стадия «быстрого сна» не была зарегистрирована ни у одного пациента 1-й группы, что в большей степени отражает дисфункцию центральных сомногенных механизмов у больных с церебральной сосудистой патологией. На дезорганизованном фоне у всех 6 пациентов, преимущественно во второй стадии медленноволнового сна, регистрировалась фокальная эпилептиформная активность типа «острая-медленная волна», локализованная в лобно-височных отведениях, на стороне постинсультного очага размягчения

Медленноволновая активность в ЭЭГ пациентов 2А группы более отражает не степень эпилептиформной активности, а уровень патологических морфологических и функциональных изменений нейронов вследствие травматических и сосудистых факторов. Индекс медленноволновой активности у этих пациентов оказался прямо пропорциональным степени атеросклеротического поражения церебральных сосудов и обратно пропорциональным количеству набранных баллов в процессе исследования когнитивных функций с помощью широко известной шкалы MMSE. Интересно, что индекс медленноволновой активности не является статической величиной, он может снижаться после курса сосудистой терапии и, наоборот, повышаться при применении некоторых антиконвульсантов, в первую очередь барбитуратов. Это подтверждается анализом ЭЭГ у 3 (16,7%) представителей 2А подгруппы, принимающих барбитураты на протяжении более 60 лет; во всех случаях на ЭЭГ наблюдались грубые общемозговые изменения по органическому типу, продолженная медленноволновая активность различной амплитуды и степени синхронизации, но истинной эпилептиформной активности у данных больных не выявлено.

Вывод. Таким образом, увеличение индекса медленноволновой активности на ЭЭГ в процессе лечения противоэпилептическими препаратами – это неблагоприятный прогностический признак углубления когнитивного дефицита который говорит о необходимости замены препарата на более современный или препарат другой группы.

ГИПНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ

*Пулатова Р.Р., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Махмудова Х.Х.
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 растёт 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.

ВИРУСЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОГЕМОДИНАМИК БУЗИЛИШЛАРНИ ПРОГНОЗЛАШ

Равзатов Ж.Б., Жураева М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация: Маълумки, жигар циррозида некроз, апоптоз, бириктирувчи тўқима реакцияси ва портал гипертензия хамроҳлигида ривожланиб боради. Портал гипертензия ва у билан боғлиқ гемодинамик ўзгаришлар деярли барча орган ва тўқималар зарарланишига олиб келади. Юрак-қон-томир тизими зараланиши юрак мускулларининг метаболик турда бузилиши билан бирга кечиб, бу ўзгаришлар “цирротик кардиомиопатия” сифатида тасвирланади. Яқин пайтларгача хам “цирротик кардиомиопатия” орфан касалликлар қаторида ахолининг катта бўлмаган қисмида тарқалган касаллик сифатида ёритилиб келинган (rare disease, orphan disease). Илк бора жигар циррози мавжуд беморларда юрак фаолияти бузилиши бирга келиши хақидаги маълумотлар 1953 йилда Kowalski HJ. ва Abelman WH. Томонидан изланишлар натижасида хатланган. Олимлар алкогольли жигар циррози мавжуд бўлган айрим

беморларда юрак қон ташлаш хажми ортиши ва лекин юрак етишмовчилигига фарқли периферик қон томирлар қаршилиги пастлигини аниқлаганлар. Узоқ йиллар давомида изланувчилар, ҳамда амалиёт шифокорлари ушбу ходисага алкоғолнинг токсик таъсири натижаси сифатида қараб келишган. Бироқ, 80-йиллар охирида жигар циррозида юрак фоолиятининг алкоғолга боғлиқ бўлмаган холдаги этиологик омиллар хақидаги маълумотлар пайдо бўлди.

Калит сўзлар: Жигар циррози, портал гипертензия, цирротик кардиомиопатия, ХЦК-8, NT-pro BNP.

Илмий тадқиқот мақсади: Вирусли жигар циррози билан хасталанган беморларда кардиогемодинамик бузилишлар хусусиятларини аниқлаш ва цирротик кардиомиопатия ривожланишини прогнозлаш мезонларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот объекти ва усуллари: 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган 188 нафар эркек ва аёллар бўлиб, улардан 146 таси вирусли жигар циррози мавжуд беморлар ва 42 нафари назорат гуруҳига олинган соғлом шахсларда ХЦК-8, NT-pro BNP, жигар синамалари: АСТ, АЛТ, билирубин, ишқорий фосфатаза, IgG ва М маркерлари ва гепатит антигенлари, IgG (натив) икки занжирли (ds) ДНК, IgG (денатуриланган) бир занжирли (ss) ДНК, антинуклеар антитаначалар, жигарни эрувчан антигенига нисбатан антитаначалар, умумий IgA, IgG иммуноглобулинлар миқдорини аниқлаш. Қўйилган вазибаларни амалга ошириш учун биохимик, иммуноферментли ва статистик усуллар қўлланилган.

Олинган натижалар: Текширув мобайнида 42 нафар соғлом ва 146 нафар вирусли жигар циррози билан хасталанган беморлар ўрганилган. Ўтказилган текширувда сурункали вирусли жигар циррози билан хасталанган беморларда барча жигар пробалари меъердан баланд ва соғлом гуруҳдан барча кўрсаткичлар ишончли юқори. Шу қаторда ушбу гуруҳ беморларда натрийуретик пептид ва холецистокинин – 8 кўрсаткичлари $2,94 \pm 0,24$ ни ташкил этиб, бу соғлом гуруҳ ($0,72 \pm 0,08$) га нисбатан 2,5 баравар юқори чегарадан ортган.

Хулоса: Демак, меъерда ХЦК-8 жигар томонидан 80 фоиз утилизацияга учрайди, вирусли жигар циррозида жигарда утилизацияси бузилади ва ХЦК-8 кўрсаткичи конда ортади. Натижада вегетатив статус бузилади аритмиялар ортади, юрак қоринчалари кенгайди. Олинган натижалар, хозирги кунгача жигар хасталликлари мавжуд беморларни юракдаги ўзгаришларини сабаблари хақидаги турли маълумотларига аниқлик киритилди ва вегетатив нерв тизими юракдан ташқари патогенетик механизмлардан бири бўлиб аритмиялар ривожланиши ва юрак қон томир тизимидаги ўзгаришларда қисқа занжирли пептидларни ўрни тасдиқланди. Натижада вирусли жигар циррозида юрак патологиясини аниқ ташхислашга ва ўз вақтида замонавий ва адекват патогенетик терапия ўтказишга қулай шароит яратилади

КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАР ЁРИБ ЧИҚИШИНING КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Раимжонов Рустамбек Равшанбек ўғли¹

Ризаев Жасур Алимджанович²

- 1. Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш.*
- 2. Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш.*

Кириш. Кўкрак ёшидаги болаларда сут тишларини ёриб чиқиши муҳим физиологик жараёнлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бола туғилганида унинг оғиз бўшлиғида тишлар мавжуд бўлмайди. Вақт ўтиб бола улғайиб борган сари унинг оғиз бўшлиғида тишлар ёриб чиқишни бошлайди. Демак, хулоса қилиш мумкинки, тишларнинг ўз вақтида, белгиланган тартиб асосида ва ўз жойидан ёриб чиқиши организмдаги ўсиш ва ривожланиш жараёнларини баҳолашда муҳим кўрсаткичлардан

бири бўлиб ҳисобланади (Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н., 2017; Богданова Н.А., Зуева Т.Е., 2019; Галонский В.Г. ва бошқалар, 2012).

Тадқиқотнинг материали ва методологияси. Илмий тадқиқотнинг материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси тасарруфидаги оилавий поликлиникаларда рўйхатда турадиган кўкрак ёшидаги (туғилгандан 1 ёшгача) жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом бўлган 1 000 нафар ўғил ва қиз болалар олинди.

Илмий тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон шаҳри шароитида яшовчи кўкрак ёшидаги болаларнинг оғиз бўшлиғига оид клиник кўрсаткичлари ўрганилди.

Тадқиқот давомида Г.Г.Автандилов томонидан таклиф қилинган краниометрик усуллар (1990) ва вариацион-статистик усулдан (А.М. Мерков ва А.Е. Поляков, 1974) фойдаланилди.

Олинган натижалар. Барча гуруҳдаги болаларда сут тишларини ёриб чиқиш давридаги умумсоматик клиник симптомлар ўрганиб чиқилди. Бу симптомларга иштаҳанинг пасайиши, тана ҳароратининг ортиши, уйқунинг бузилиши, юқори қўзғалувчанлик, ич бузилиши, тумов, қайт қилиш, терига тошмалар тошиши кабилар киради.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, табиий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 56,8%, тана ҳароратининг кўтарилиши 97,3%, уйқунинг бузилиши 29,7%, юқори қўзғалувчанлик 21,6%, ич бузилиши 81,1%, тумов 16,2%, қайт қилиш 5,4% ҳолатларда учрайди. Терига тошма тошиш ҳолатлари эса кузатилмайди.

Сунъий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 75,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 87,5%, юқори қўзғалувчанлик 50,0%, ич бузилиши 75,0%, тумов 37,5%, қайт қилиш 25,0%, терига тошмаларни тошиш ҳолатлари 25,0% қисмида учрайди.

Тадқиқот натижаларига кўра аралаш озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 40,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 40,0%, юқори қўзғалувчанлик 40,0%, ич бузилиши 100% ҳолатларда учради. Тумов, қайт қилиш ва терига тошмаларни тошиш ҳолатлари кузатилмади.

Хулосалар. Сут тишларини ёриб чиқиш боланинг озикланиш турига боғлиқ. Бола сунъий усулда озикланадиган бўлса, болада тишлар ёриб чиқишининг кечикиши, гипоплазия ва тишлар ёриб чиқиш даври асоратлари кескин даражада кўпайиши кузатилади.

Сут тишлари ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига ўхшаш симптомлар кузатилиши мумкин. Сут тишларини ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига оид симптомларни ҳам кузатилиши дифференциал диагностикада аҳамиятга эга. Тишлар ёриб чиқиш давридаги хусусий клиник симптомларни махсус таснифини яратиш лозим.

Тадқиқот давомида ўтказилган клиник текширувларда олинган натижалар тиш-жағ тизими патологияларини эрта ташхислаш усулларини такомиллаштириш, шунингдек, ушбу патологияларни шаклланишини олдини олиш юзасидан аниқ тавсияларни ишлаб чиқишга асос бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Богданова Н.А., Зуева Т.Е. Как помочь ребенку при прорезывании зубов? Новый взгляд на старую проблему. - Медицинский совет. 2019; №11: 50-55 стр.
2. Галонский В.Г., Радкевич А.А., Тарасова Н.В., Волынкина А.И., Шушакова А.А., Тумшевиц В.О., Теппер Е.А. Региональные особенности сроков прорезывания временных зубов у детей на территории Красноярска в современных условиях (часть I). - Сибирский медицинский журнал, 2012, Том 27, №1: 165-168 стр.
3. Горева Е.А., Петренко А.В., Бабайлов М.С. Применение препаратов растительного происхождения при синдроме прорезывания зубов у детей. - The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium", 2017. Vol. 19. No 10: p. 71-73.

4. Захарова И.Н., Холодова И.Н., Дмитриева Ю.А., Морозова Н.В., Мозжухина М.В., Холодов Д.И. Может ли физиологический процесс прорезывания зубов у младенцев быть патологическим? - Медицинский совет. 2016; №01: 30-35 стр.
5. Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н. Прорезывание временных зубов у детей. - Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2017; 3: 70–73 стр.
6. Клещенко Е.И., Жданова И.А., Лукиша А.Н., Краковец И.В., Смычкова Е.В., Картавцева А.В. Симптомы прорезывания зубов у младенцев: состояние или болезнь? - Кубанский научный медицинский вестник. 2017; 24 (4): 78-81 стр.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Расулова И.А., Хамдамов А.Б.

Бухарский государственный медицинский институт.

Актуальность. Несмотря на подробное освещение в литературе об участии клеточных и гуморальных факторов в формировании кожного лейшманиоза, сведения об их состоянии у больных кожным лейшманиозом в доступной в литературе очень скудные.

Цель исследования. Разработать метод патогенетической терапии кожного лейшманиоза на основе изучения иммунной-биохимических исследований.

Материал и методы исследования. Иммунологические показатели были изучены у 119 больных кожным лейшманиозом. Из них у 38 больных была диагностирована бугорковая форма кожного лейшманиоза, у 52 – изъязвленные лейшманиомы, у 22 – изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения с лимфангоитами и у 7 – металеишманиоз. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 40 лет. Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии антигенов CD-дифференцированных и активационных. Определение маркеров иммунокомпетентных клеток проводили методом непрямого розеткообразования с использованием иммунореагента – эритроциты человека 0 (I) группы Rh⁻, нагруженных через 3% раствор хлорного хрома моноклональными антителами (производство ООО «Сорбент», Москва, РФ) специфичности CD3 – для рецепторов Т-лимфоцитов, CD4 – для Т-хелперов/индукторов, CD8 – для Т-супрессоров/цитотоксических лимфоцитов, CD19 – для В-лимфоцитов.

Результаты исследования. Исследования показали что у больных кожным лейшманиозом общей группы до начала лечения наблюдается достоверное повышение абсолютного числа лейкоцитов (5800 ± 75 кл/мкл) по сравнению с данными контрольной группы (5380 ± 82 кл/мкл). Относительное и абсолютное количество лимфоцитов оставалось на уровне контрольных значений ($p > 0,05$). Исследование состояния клеточного звена иммунной системы показало, что у больных общей группы отмечается статистически достоверное снижение как относительного количества CD3-клеток ($p < 0,001$), так и абсолютного числа CD3-клеток ($p < 0,05$) и в среднем они равнялись $48,27 \pm 0,40\%$ и 881 ± 19 кл/мкл соответственно против $58,15 \pm 0,74\%$ и 1013 ± 31 кл/мкл соответственно в контроле. Изучение содержания субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показало, что у больных кожным лейшманиозом до начала лечения по сравнению с данными контрольной группы относительное и абсолютное количество CD4-клеток было достоверно снижено и в среднем равнялось $30,23 \pm 0,36\%$ и 550 ± 12 кл/мкл соответственно против $38,30 \pm 0,38\%$ и 652 ± 24 кл/мкл соответственно в контроле. Содержание другой популяции Т-лимфоцитов – CD8-клеток было склонно к повышению ($p > 0,05$) по сравнению с данными контрольной группы. У больных данной группы показатель иммунорегуляторного индекса, то есть

соотношение CD4/CD8 клеток, был достоверно снижен ($p < 0,001$) и в среднем был равен $1,56 \pm 0,03$ против $2,04 \pm 0,05$ в контроле.

При исследовании состояния гуморального звена иммунной системы выявлено, что у больных кожным лейшманиозом общей группы отмечалось статистически достоверное увеличение как относительного ($23,52 \pm 0,53\%$ при $16,80 \pm 0,39\%$ в норме, $p < 0,001$), так и абсолютного (429 ± 13 кл/мкл против 288 ± 11 кл/мкл в контроле, $p < 0,05$) числа CD19-клеток. Изучение концентрации сывороточных иммуноглобулинов показало, что у больных данной группы наблюдалось достоверное повышение уровня трех классов иммуноглобулинов IgA, IgM и IgG по отношению к контролю ($p < 0,001$). Наиболее выраженные изменения были обнаружены при определении в сыворотке крови количества циркулирующих иммунных комплексов. В обследованной группе больных наблюдалось более 2 кратное увеличение уровня ЦИК по сравнению с группой контроля и в среднем он составил $30,43 \pm 0,62$ у.е против $13,95 \pm 0,48$ у.е в контроле.

Полученные нами данные показывают, что в целом у больных кожным лейшманиозом наблюдается нарушение в иммунной системе, которое выражается снижением активности клеточного и усилением гуморального звена иммунитета организма. В дальнейших исследованиях нами было изучено состояние иммунного статуса больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинической формы заболевания. Выявленные закономерности в динамике иммунологических показателях, при определении иммунного статуса у больных кожным лейшманиозом без дифференцирования их по клиническим формам сохраняются и при выделении их в отдельные группы.

Результаты исследования показали, что у больных бугорковой формой кожного лейшманиоза наблюдалось достоверное снижение относительного количества CD3-клеток ($p < 0,05$). В тоже время, абсолютное содержание CD3-клеток у больных данной группы по сравнению с контролем особо не изменялось ($p > 0,05$). Анализ содержания субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показал, что у больных данной группы до начала лечения относительное количество CD4-клеток ($p < 0,05$) было статистически достоверно снижено по сравнению с контрольной группой и в среднем равнялось $33,95 \pm 0,55\%$ против $38,30 \pm 0,38\%$ в контроле. Абсолютное число CD4-клеток оставалось на уровне данных контрольной группы ($p > 0,05$). Содержание другой популяции Т-лимфоцитов – CD8-клеток не имело статистически значимых различий с контрольной группой ($p > 0,05$). Наряду с этим отмечалось снижение показателя иммунорегуляторного индекса в 1,1 раз по отношению с показателем контрольной группы.

Исследование состояния гуморального звена иммунитета показал, что у больных данной группы отмечается достоверное увеличение как относительного, так и абсолютного ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно) содержания CD19-клеток. Изучение уровня иммуноглобулинов выявило, что у больных бугорковой формой кожного лейшманиоза в сыворотке крови наблюдается статистически достоверное повышение концентрации IgA ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$) и IgG ($p < 0,001$). У больных данной группы по сравнению с контролем в сыворотке крови отмечается в 1,9 раза увеличение содержания ЦИК.

Выводы. У больных во всех клинических формах кожного лейшманиоза наблюдается нарушение в работе иммунной системы, выражающееся дисбалансом как клеточного, так и гуморального звеньев иммунной системы организма.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ 25(OH)D НА РАЗВИТИЕ РАХИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Расулова Н.А., Расулов А.С., Ирбутаева Л.Т.
Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Рахит известен с глубокой древности и был ликвидирован практически во 2-ой половине 20 века в развитых странах, но в последнее десятилетие наблюдается возрождение этого заболевания в развитых странах, в то время как болезнь остается эндемической проблемой во многих развивающихся странах. Предполагается, что дефицит витамина D может привести в последующем к развитию онкозаболеваний, некоторых видов рака, неврологических расстройств, сахарному диабету 2 типа, гипертонической болезни и снижению иммунитета.

Цель исследования: изучить влияние факторов риска развития рахита и оценить возможности коррекции недостаточности витамина D.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 466 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев. Все дети считались практически здоровыми, были обследованы для установления клинических особенностей рахита (задержка закрытия большого родничка, рахитические четки, «браслетки», мышечная слабость, дистрофия, бледная кожа, чрезмерная потливость, задержка с прорезыванием зубов, психомоторное развитие); определялось содержание в сыворотке крови 25(OH)D₃, кальция и фосфора в крови. Кроме этого проводилось анкетирование родителей. Распределение по возрасту показало, что до 3 месяцев было 20,6%, 3-6 месяцев – 35,6%, 6-12 месяцев – 43,7%, мальчиков было – 55,3%, а девочек – 44,6%. Недоношенных детей было – 8,4%, врожденная гипотрофия выявлена у 6,6%, у 79 детей было повторно определено 25(OH)D₃ в сыворотке крови. Все дети, не получавшие ранее витамин D профилактически получили его в дозе по 4000 МЕ ежедневно в течение 2 месяцев. Все родители получали рекомендации по неспецифической профилактике рахита.

Результаты исследования: Выявлены значимые факторы риска со стороны матери: железодефицитная анемия во время беременности, отсутствие приема витамина D в период беременности, дефект питания в период беременности, со стороны ребенка: низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови, железодефицитная анемия у ребенка, время рождения ребенка (осенне-зимний период), низкий уровень фосфора в крови, не достаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 мин в день), отсутствие профилактики рахита витамином D на 1-ом году жизни, недоношенность.

Определение 25(OH)D₃ выявило низкое его содержание 17,6±1,96 нмоль/л в сыворотке крови у 81,2% детей. У 24,9% детей выявлено гипокальциемия, и у 17,8% - гипофосфатемия. Клинически выявлено у детей рахит легкой и среднетяжелой степени у 27,8%. Нами установлено, что дети, как правило, отставали в развитии, поздно начинали сидеть, ходить, наблюдалась задержка психомоторного развития. Особенно нужно отметить, что дети были вялые, малоинициативные и при осмотре сидели, как правило, молча, не проявляли интерес к окружающему. После курса витамином D₃ у детей практически исчезли признаки рахита, дети стали активными, более подвижными, значительно улучшение психомоторных функций, вовремя прорезывались зубы, а также нормализовался уровень 25(OH)D₃ (114,3±7,29 нмоль/л) у 89,9% детей. Клинические признаки передозировки витамина D не были выявлены ни у одного ребенка.

Выводы: Таким образом, предлагаемая нами коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень 25(OH)D₃ и снизить тяжелые формы рахита и улучшить

психомоторное развитие на 1-ом году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. В мире особое внимание уделяется исследованиям, направленным на улучшение профилактики кровотечения из желчного пузыря после холецистэктомии с помощью гемостатического имплантата-гемогубки коллагенового. В связи с этим эффективность нового местного гемостатического имплантата гемогубки в качестве дополнительного интраоперационного гемостаза применения, сравнение нового местного гемостатического имплантата гемогубки, применяемого при кровотечении из желчного пузыря, с зарубежными аналогами.

Цель исследования. Изучение эффективности применения нового отечественного местного гемостатика гемогубка для профилактики кровотечений из ложа желчного пузыря при традиционной холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты наблюдения за 93 больными, оперированными по поводу острого холецистита в возрасте от 19 - лет до – 76 лет. Средний возраст больных составил $53,4 \pm 4,5$ лет. В первую (основную) группу были включены 43 пациента. В основной группе после холецистэктомии с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использован новый отечественный препарат гемогубка. В контрольной группе у 45 пациентов окончательный гемостаз в области ложа желчного пузыря достигался с использованием монополярной коагуляции. В группу сравнения включены 5 пациентов, у которых после традиционной холецистэктомии, с целью гемостаза использовали гемостатическую губку «SPONGOSTAN™ STANDART».

Результаты исследования. Продолжительность интраоперационного гемостаза в основной группе составила $2,5 \pm 0,79$ минуты. Объём интраоперационной кровопотери в основной группе в среднем составил 72 ± 19 мл. Время оперативного вмешательства у данной категории больных колебалась от 60 до 95 минут, составив в среднем $71,3 \pm 12,5$ минуты. В данной группе послеоперационные осложнения имели место у 8 (18,5%) пациентов. В основной группе интраоперационных осложнений не наблюдали, в связи с использованием гемогубки для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, а также отсутствием термического поражения окружающих тканей. Средняя длительность послеоперационных койко-дней составила $2,6 \pm 0,93$ суток.

Продолжительность операции с использованием высокочастотной энергии в среднем была равна $94,7 \pm 28,7$ мин. Время интраоперационного гемостаза в контрольной группе составило $4,8 \pm 0,85$ минуты. Объём интраоперационной кровопотери в контрольной группе в среднем составил 115 ± 23 мл. Различные осложнения наблюдали у 14 пациентов (31,1%) контрольной группы. У 1 (2,2%) больного отмечено кровотечение из ложа желчного пузыря, что потребовало релапаротомии и коагуляции ложа желчного пузыря. В 1 (2,2%) случае в послеоперационном периоде мы фиксировали истечение желчи по дренажу на 3 сутки после операции, выполнена релапаротомия. В одном случае был отмечен летальный исход.

Время оперативного вмешательства у 3 группы больных колебалась от 65 до 90 минут, составив, в среднем, $74 \pm 10,8$ минуты. Время интраоперационного гемостаза в данной группе составило $3,5 \pm 0,85$ минуты. Объём интраоперационной кровопотери в группе сравнения, в среднем, составил 85 ± 5 мл. Среднее значение послеоперационных койко-дней в группе сравнения составило $3,6 \pm 1,7$ суток.

Выводы. Таким образом, применение препарата гемогубка обладает рядом преимуществ, в сравнении с применением электрокоагуляции: высокой степенью адгезии к ложе желчного пузыря, мгновенной остановкой кровотечения, полным отсутствием повреждений тканей, исключением повреждений глубоколежащих сосудов и желчных протоков. Проведенное нами исследование показало, что препарат «SPONGOSTAN™ STANDART» по адгезивным и гемостатическим свойствам уступает отечественному препарату гемогубке. Помимо этого, применение препарата гемогубка значительно сокращает общую продолжительность оперативного вмешательства.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТЛАРНИ ТАРҚАЛИШНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА ЎРГАНИШ.

Рахимов У.Р. , Авезов М.И.

Тошкент тиббиёт институти Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги: Ҳалқум касалликлари сирасига кирувчи ҳалқум лимфоид халқасидаги танглай муртақларининг сурункали яллиғланиши сурункали тонзиллит катталар ва болалар орасида энг кўп тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади.

Сурункали тонзиллит билан касалланиш даражаси, айниқса болалар орасида кўплиги сабабли тонзилляр патология йўналишидаги илмий-амалий изланишлар ҳозирги вақтда ҳам тиббий ва ижтимоий аҳамиятини йўқотгани йўқ. Ушбу касаллик болалар орасида ўртача 12-16%, айрим муаллифларнинг фикрича 43,8%ни, катталар орасида 5-7%дан, то 15,8-31,1%ни ташкил қилади.

Танглай муртақларининг сурункали яллиғланиши организм иммунологик фаолиятининг бузилшига олиб келади ва бунда танглай муртақларининг ўзи инфекция ўчоғига айланади.

Охириги йиллар маълумотларига кўра сурункали тонзиллит инфекцион-аллергик касаллик сифатида қаралиб, лимфоид тўқиманинг, жумладан танглай муртақларининг морфологик алтератсия, экссудатсия ва пролифератсия каби маҳаллий турғун яллиғланиш жараёнлари кўринишидаги маҳаллий белгилар билан намоён бўлади. Умумий касалланишлар орасида СТ муҳим ўринлардан бирини эгаллайди. Ҳозирги кунга келиб сурункали тонзиллит билан боғлиқ бўлган ҳамроҳ касалликлар кўрсаткичи ошиб бормоқда. Танглай муртақлари олиб ташланган болаларнинг тез-тез юқумли касалликлар билан касалланишлари аниқланган.

Ишнинг мақсади: Сурункали тонзиллитларни тарқалишини архив маълумотлари асосида ўрганиш:

Текшириш усуллари ва материаллари: сурункали тонзиллитларни тарқалишини Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлимида 2020-2021 йиллар мобайнида даволанган беморларни архив маълумотлари асосида ўрганиш.

Текшириш натижалари: Ўтган 2021 йил мобайнида ЛОР бўлимига 2545 бемор муружат қилган бўлиб, шундан 1525 (60.%) бемор бўлимда стационар тарзда даволанган бўлса, қолган 1020 (40%) нафар беморга амбулатор ёрдам кўрсатилган. Стационар тарзда даволанган беморларнинг муружаатларнинг 58% эркақлар, 42% аёллар ташкил қилган. Беморларнинг 23% шаҳар аҳолиси 77% қишлоқ аҳолисига тўғри келиши аниқланди. Муружаатларнинг туманлар кесимида ўрганиб кўрилганда энг юқори кўрсаткич Урганч шаҳрига 12.3% ва энг паст кўрсаткич Янгибозор туманида 4.9 % ташкил қилди.

Стационар ётиб даволанган умумий беморларнинг 968 нафари яшаш жойларидан йўлланма билан, 557 нафари ўз муружаатига кўра ётқизилган.

Умумий стационар шароитда даволанган беморларнинг асосий қисмини 900 (59%) нафарини юқори нафас йўллари касалликлари ва 503 (33%) нафар эшитиш аъзоси касалликлари эгаллади.

Маълумотларга кўра ЛОР аъзолари касалликлари тарқалиши кўрсаткичи ҳар 1000 аҳолига 105.4 ҳолатга тўғри келади. Тадқиқотда ЛОР аъзолари касалликлари орасида 51,1 % юқори нафас йўллари касалликлари, 31 % эшитиш аъзолари касалликлари ташкил қилди. Юқори нафас йўллари 14,2% бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, халқум касалликлари 11,1% хиқилдоқ касалликлари 2,5% да учради. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари орасида биринчи ўринни синуситлар эгаллаб улар ичида юқори жағ бўшлиғи яллиғланиш касалликлари қолган бўшлиқ касалликларига қарганда 1.5 баробар кўп учраши аниқланди.

Юқори нафас йўллари касалликлари орасида халқум касалликлари юқори ўринни эгаллаган бўлса шулардан 30 % сурункали фарингитлар 65% ни сурункали тонзиллитларнинг турли хил шакллари аниқланди.

Сурункали тонзиллитлар билан касалланиш охириги уч йилда домий равишда ўсиш суръати кузатилаётгани аниқланди. Бундай ҳолатни оғиз бўшлиғи яллиғланиш касалликлари (кариес, стоматити, фарингит) вақтида даволамаслик билан боғлаш мумкин бўлади. Шунингдек, юқоридаги каби касалликларда шифокор тавсияларига амал қилмаслик туфайли ҳам келиб чиқиши мумкин.

Хулоса: Охириги йилларда оториноларингологик аъзолар касалликлари орасида юқори нафас йўллари касалликлари яъни сурунали тонзиллитлар кўпайиш тенденциси кузатилаётгани аниқланди.

Шунинг учун ҳар 6 ойда тор мутахассислик шифокори кўригидан ўтиш ва соғлом турмуш тарзига риоя қилиш керак бўлади.

Зеро, инсон саломатлиги ҳар нарсадан устун.

ГЕПАТИТ В НИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ВАКЦИНАЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ.

Рахматова М.М.

Андижон давлат тиббиёт институти ВМОФ ОШ Малакссини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси

Мавзунинг долзарблиги. Шифокорлик амалиётида тез-тез учраб турадиган жигар асоратлардан гепатит В гепатитлар орасида алоҳида ўринни эгаллайди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотиغا кўра, Ер юзида гепатит В ва С билан зарарланган инсонлар сони 325 миллионни ташкил қилади, ушбу касаллик сабаб йилига 1,5 миллион инсон ҳаётдан кўз юмади.

Гепатит нима? В гепатити-Халқ тилида «сарик касал» деб номланган гепатит вирусли касаллик ҳисобланади. Унда жигар ҳужайралари зарарланиши кузатилиб, жигар фаолияти бузилиши оқибатида организмда интоксикация — захарланиш юз беради. В гепатити билан зарарланган 90% ҳолатда тўлиқ соғаяди. Туғилиш пайтида ёки хаётининг дастлабки йилида В гепатити вирусини юқтирган чақалоқларнинг 90%ида сурункали касаллик ривожланади. В гепатитининг жигар церрози ва саратони каби асоратлари оқибатида тахминан 780 000 киши ҳаётдан кўз юмади.

Ҳозиргача ҳам касаллик қўзғатувчисига бевосита таъсир қиладиган препарат йўқ. Даволаш муолажалари жигарни яхшилаш ва циррозга айланишининг олдини олиш ҳисобланади. Касаллик қон ва одам организмидан ажраладиган бошқа суюқликлардан ёки онадан ҳомилага юқади. Агар касалланган одамнинг бир томчи қони ҳовузга тушса, ундаги сув зарарланиш хавфи бўлади.

Мақсад ва вазифалар. болалар жамоаси ўртасида касалликнинг асоратларини олдини олиш мақсадида гепатит В га эмлаш олиб борилишини ўрганиш мақсад қилиб

олинган. Ретроспектив маълумотлар асосида болалар орасида гепатит В га эмлаш олиб боришнинг ўрганишни таҳлил қилиш вазифаси қўйилган.

Материал ва текшириш усуллари. Ретроспектив эпидемиологик текширув ўтказиш мақсадида Андижон вилоятида шимолий кичик даҳасидаги 1 ёшгача бўлган болаларнинг 112 форма 63 формалари ўрганилди. Текширув болалар тўғрисида маълумотлар махсус тайёрланган карталарга ёзиб олиниб қайта ишланди. Гепатит Вга вакцина олган болалар картаси ажратилди вакцина олмаган болаларини ота-онасига касаллик оқибатлари тушунтирилди.

Натижа ва муҳокама.Бошқа эмлашлар ичида гепатит В олган болалар салмоғини ўрганиш мақсадида шимолий кичик даҳаси болалар касаллик тарихи ўрганилди вакцина олмаган болаларни ота- оналарига тушунтириш ишлари олиб борилди. Эмлаш 95% дан 98%га кўтарилди.

Хулоса. гепатит В билан 1 ёшгача бўган болаларнинг ичида вакцина олмаган болалар ота-оналари вакцина олмаслик оқибатидаги асоратларини олдини олиш учун вакцина олмаган ота-оналар йил сайин ортиб бориши ёш болалар ўртасида соғломлаштириш бўйича махсус чора- тадбир олиб боришни тақазо этади.

5 ЁШГАЧА БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ҚИЗАМИҚ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ МАҚСАДИДА ВИТ А НИ ҚЎЛЛАШ

Рахматова М.М.

Андижон давлат тиббиёт институти ВМОФ ОШ Малакссини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси

Мавзунинг долзарблиги ҚИЗАМИҚ- Кизамиқ (корь) –вируслар келтириб чиқарадиган юқори контагиоз ўткир, ўта юкумли, хаво- томчи йули билан тарқалувчи, циклик кечиши, интоксикация ва катарал яллигланиш синдроми, экзантемалар билан характерланувчи касаллик.

Этиологияси. Кизамиқ вируси - катта миксовируслар оиласига мансуб, вирус геноми бирзанжирли РНКдан иборат, мураккаб антигенли структура, инфекцион, комплементбоғловчи, гемагглютинин ва гемолиз килувчи хусусиятларга эга. Вирус мустақам антиген структурага эга, организмда антиген таъсирига жавобан (хасталанган ёки вакцинация олганларда) махсус антителолар ишлаб чиқради. Уларни серологик реакциялар орқали аниқлаш мумкин. Кўзгатувчи ташки мухитда чидамсиз, ультрабинафша ва тик куёш нурларига сезувчан. Инфекция манбаи – бемор. Касаллик хаво-томчи орқали тарқалади (хаво оқими билан узок масофаларга тарқалиши мумкин) зич шароитда яшовчи(мактаб, мактабгача болалар муассасаларидатез тарқалади. Кизамиқнинг оғир кўриниши овқат таркибида витамин А етишмайдиган болаларда ҳамда, ОИВ инфекцияси ёки бошқа касалликлар оқибатида иммун тизими заифлашиб қолган шахслар ўртасида кузатилади.

Кизамиқ билан 6 ойдан 70 ешгача касалланиш мумкин Контагиозлик индекси 0,95 тенг. Болага онадан туғма иммунитет ўтиши мумкин, агар она касаланган ёки эмланган бўлса. Бу иммунитет 3 ойгача сакланиши мумкин.

Қизамиқнинг дастлабки белгиси касаллик юқгандан -12 кун ўтгач касаллик тана харорати кутарилиши 38°С гача , катарал симптомлар ва конъюнктивит пайдо булиши билан бошланади. Нурдан куркиш (куз ачишиши), куздан еш келиши, куз томирлар ва конъюнктивани кизариши, ковокларни шишиши кузатилади. Кизамикка хос симптом – бу оғиз бушлиги шиллик каватини ва милкларнинг юмшаши ва кизариши. Бельский-Филатов-Коплик доғлари – бу лунжнинг шиллик каватида пайдо булган ок- кул рангли, атрофлари кизарган майда нуктачалар. тана хароратининг кўтарилиши хисобланади. Касаллик юқгандан кейин 7-8 кун ўтгач,бемор юзида ва бўйиннинг юқори сохаларида

тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар тез купая бошлайди, бир бирига кушилиб кетади ва биринчи кун бутун юзига таркалади кун тошма баданига ва кулларининг тепа кисмига таркалади 3-кун тошма кулларнинг пастки кисмига ва оекларга таркалади. Тошманинг боскичма боскич тошиши кизамик учун хос. Тошмали даврда тана харорати юкори 39-40•Сгача кутарилади, катарал симптомлар кучаяди. Беморнинг умумий ахволи огирлашади, безовталаниш, алахлаш, уйкучанлик, бурундан кон кетиш кузатилади. Уч кун ичида тошма тана бўйлаб, сўнгра қўл оёқларга таркалади. Тошмалар 5-6кун сақланиб, кейин аста секин йўқолади. Пигментация даври 1-2 хафтагача давом этади.

Қизамиқ касаллигини асоратлари:Эмланмаган 5 ёшгача болаларнинг, айниқса чақалоқларнинг қизамиқ билан касалланиш хавфи юкори оғир кечади ва ўлим билан ҳам тугаши мумкин.Оғир диарея оқибатида кучли сувсизланишдан азиат чекиши мумкин. Болаларда озикланишнинг бузилиши, ўрта кулоқ яллиғланиши, зотилжам,энцефалит ривожланиши мумкин.Кўзи ожизликнинг сабабчиси бўлиши мумкин.

Мақсад ва вазифалар: қизамиқнинг болалар жамоаси ўртасида тарқалишини ўрганиш мақсад қилиб олинган.

Касалликнинг олдини олиш мақсадида болалар орасида витамин А берилишини ўрганиш, бола ёшига, жинсига ва яшаш жойига боғлиқлигини таҳлил қилиш вазифаси қўйилган.

Материал ва текшириш усуллари: Ретроспектив эпидемиологик текширув ўтказиш мақсадида Андижон шаҳар қўшариқ даҳаси худуд 5 ёшгача бўлган болаларда витамин олган болаларнинг 112 формаси ўрганилди.

Текширув 5 йиллик маълумотни ўз ичига олди. Беморлар тўғрисида маълумотлар махсус тайёрланган карталарга ёзиб олинди қайта ишланди.

Натижа ва муҳокама: Бошқа инфекция асоратлари ичида қизамиқни олдини олиш учун витамин А берилган болаларда касалланиш камайиши кузатиб борилди ва ўрганилди.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

*Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Эралиев У.Э., Холматов С.И.
Тошкент тиббиёт академияси*

Муаммонинг долзарблиги. Беш ёшгача бўлган болаларнинг деярли 95%и ўткир диареялар билан бир ёки бир неча марта касалланадилар. Вирусли инфекциялар кўпинча дегидратация ривожланиши билан кечадиган ўткир гастроэнтеритнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Covid-19 билан касалланган болалардаги ўткир диареяларда перорал регидратацион терапиянинг самарадорлигини баҳолаш

Тадқиқот материали ва услублари: Тадқиқот объектини Тошкент шаҳар 3-сон болалар юқумли касалликлари шифохонасида ва Зангиота туман ихтисослаштирилган юқумли касалликлар шифохонасида стационар даволанган 100 нафар бемор болалар ташкил этди. Ташҳис қўйишда клиник, эпидемиологик, серологик ва инструментал усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Тадқиқотимизда 100 нафар ўткир диарея синдромли беморлар олинган. 13 нафарида диарея 3 кунгача ва 14 суткадан кўп бўлганлиги, қолган 87 нафар бемордан 9 нафарида регидратацион терапияга эҳтиёж бўлмаганлиги сабабли текширувдан чиқариб юборилди. Жами 78 нафар беморлар орал регидратацион даво дори воситасининг турига кўра 2 та гуруҳга тақсимланди: асосий гуруҳни 40 нафар комплекс даво режасига ОРСА, назорат

гуруҳини 38 нафар комплекс даво режасига регидрон дори воситаси кўшилган беморлар ташкил этди. Ўтказилган даво чораларидан сўнг касалликнинг энгил шакли асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 1,5 баробар кўп (65% ва 55,3% ҳолларда мос равишда), ўрта оғир ва оғир шакллари эса ишонарли 2,4 баробар кам ҳолларда қайд этилди (27,5%: 34,2% ва 7,5%; 10,5% ҳолларда мос равишда, $P < 0,05$). Асосий гуруҳдаги беморларда даводан сўнг гипотермия йўқолди, уларда назорат гуруҳига нисбатан фебрил ва пиретик тана ҳароратининг кўтарилиши 1,4 баробар, гиперпиретик тана ҳарорати кўтарилиши эса деярли 2 баробар кам ҳолларда кузатилди ($P < 0,05$). Орал регидратацион даводан сўнг қиёсий гуруҳларда диареянинг суткалик сони 3-5 мартагача камайди. Асосий гуруҳдаги беморлар нажасининг бўтқасимон шаклга эга бўлиши назорат гуруҳига нисбатан 1,4 баробар кўп, суюқ бўлиши 1,6 баробар ва сувсимон 1,7 баробар кам ҳолларда учради. Нажасда шиллиқ ва йиринг ажралиши асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳига нисбатан 1,7 баробар, қон ажралиши деярли 2 баробар кам ҳолларда учради. Даводан сўнг қиёсий гуруҳлардаги беморларимизнинг ярмидан кўпида, асосий гуруҳдагиларда ҳатто давонинг 1-суткасиданоқ сувсизланиш белгилари йўқолди ва 13,3% беморларда нажаснинг нормаллашуви кузатилди. Сувсизланишнинг оғир даражаси асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан деярли 1,5 баробар кам ҳолларда қайд этилди.

Хулоса: Асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан касалликнинг дастлабки кунлари орал регидратацион дори воситасининг қўлланилиши сувсизланиш белгиларининг эрта йўқолишига, нажас консистенциясининг нормаллашуви, суткалик нажас сонинг камайишига ва касалхонада ётиш кунларининг қисқаришига олиб келди.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КАСАЛХОНА ИЧИ ОИВ- ИНФЕКЦИЯСИНING ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА РЕТРОСПЕКТИВ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

*Рахмонбердиев М.А., Матназарова Г.С., Нетьматова Н.Ў.
Тошкент тиббиёт академияси.*

ОИВ-инфекцияси одам популяцияси орасида кенг тарқалган бўлиб, соғлиқни сақлаш тизими соҳасида долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. ЖССТ маълумотларига кўра, 2020 йил ҳолатига бутун дунёда 37,9 миллион одам ОИВ-инфекцияси билан касалланган бўлиб, уларнинг сони ортиб бормоқда, касаллик асосан 29-59 ёшли одамлар ўртасида кенг тарқалган.

Касалхона ичи гемоконтакт (ОИВ-инфекцияси, вирусли гепатит В ва С) инфекциялар бутун дунё соғлиқни сақлаш тизими ва даволаш профилактика муассасаларининг энг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда.

Юқумли касалликлар орасида ОИВ-инфекцияси XX асрнинг охири ва XXI аср бошларида энг кўп тарқалган инфекция бўлиб, дунёнинг глобал муаммосига айланди. ОИВ-инфекцияси, даставвал, ер шарининг баъзи мамлакатларида эпидемия кўринишида пайдо бўлган бўлса, ҳозирга келиб бутун дунёда пандемия даражасига етди. БМТ 2017 йилда дунёда ОИВ-инфекцияси билан касалланган шахсларнинг сонини 36,9 млн. га етганини ва уларнинг ярмини аёллар ташкил этаётгани ҳақида хабар берди. Ушбу манбада ҳар йили 3 млн.дан ортиқ шахслар ушбу инфекция билан касалланаётганлиги ва ОИВ-инфекциясидан вафот этганларнинг сони 1,5 млн.га этган. Бундан ташқари, ушбу ҳужжатда олимларнинг қуйидаги фикрини баён этган: «келажақдаги 15 йил давомида ОИВ-инфекцияси тарқалишининг турғунлик ҳолатига эришиш имкони мавжуд эмас».

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида ОИВ келтириб чиқарган инфекцияси дастлаб 1987 йилда қайд этилган ва 1999 йилгача фақат аҳолининг «ҳавфли»

гуруҳларида аниқланган. 2000 - 2001 йиллардан бошлаб, аҳолининг турли қатламларида, бу касалликнинг юқтириб олиниши сезиларли даражада кузатилган. Давлатимизда 2014 йилгача ОИВ-инфекцияси билан касалланишлар сони 36108 кишини ва ОИВ-инфекцияси билан яшовчилар сони 29833 кишини ташкил этган. 2014 йилга келиб ОИВ-инфекцияси билан касалланганлар ўртасида эркаклар 55,4%, аёллар эса 44,6% ни ташкил этган бўлиб, ханузгача етакчи ўриндаги юқиш йўл - жинсий йўл бўлиб турибди.

ОИВ-инфекциясининг тарқалишида гиёҳванд моддаларни инъекция орқали қўллаш алоҳида ўрин тутаяди. Баъзи ўзбек муаллифларнинг таъкидлашича, миллий даражада, гиёҳванд моддаларни инъекция орқали қабул қилувчилар орасида ОИВ-инфекциясининг тарқалиши 2009 йилдаги 10,9% дан, 2015 йилга келиб 5,5% га камайган. Шунинг хисобига олиш муҳимки, барча ҳудудларда ИГҚҚлар камайган. Миллий даражада ОИВ-инфекциясининг тарқалиши камайган бўлсада, ИГҚҚлар орасида ОИВ-инфекциясининг тарқалиши айрим ҳудудларда 6% дан юқори даражада қолмоқда, Тошкент шаҳрида-15,8%, Тошкент вилояти-15,8%, Сурхондарёда-9,7%, Самарқандда эса 8% ни ташкил этган. Миллий даражада, РЭЖАБлар ўртасида ОИВ-инфекциясининг тарқалиши деярли ўзгармасдан қолмоқда. Агар бу кўрсаткич 2009 йилда 2,2% ташкил этган бўлса, 2016 йилга келиб 2,8% ни ташкил этган. Ҳудудлар бўйича таҳлил этилган маълумотлар шунинг кўрсатадики, 4 раунд давомида 5 та ҳудудларда ОИВ-инфекциясининг тарқалиши, ушбу кўрсаткич бўйича юқори бўлган бўлиб, Тошкент шаҳрида-10,7% ни, Тошкент вилоятида-7,7% ни, Самарқанд вилоятида-4,3% ни, Сурхондарё ва Хоразм вилоятларида эса-3,0% ни ташкил этган. 2015 йил ДЭН натижаларига кўра, фоҳишаларнинг 48,8% да жинсий йўл билан юқадиган касалликлар симптомлари аниқланган, уларнинг 39% ОИВ-инфекциясига текширилган. Текширувдан ўтишни рад этишларининг асосий сабаби-жамиятдан ажралиб қолишдан қўрқишлиги эътироф этилган. ЭБЭ лар орасида ОИВ-инфекциясининг тарқалиши 2011 йилдаги кўрсаткичи 0,7% дан 2015 йилга келиб 3,6% га ортган.

Касалликни тарқалишини таъминловчи омиллардан бири инъекцион наркотик моддалар қўлланилишидир. Бу борада Ўзбекистонда 9 йил давомида инъекцион гиёҳванд моддалар қабул қилувчилар гуруҳи орасида ОИВ-инфекциясини тарқалиши сезиларли (-2,6 марта) даражада камайган. ОИВ-инфекцияси тарқалишининг дозорли эпидемиологик назорати ва унинг эпидемиологик жиҳатдан гепатит С ва захм каби умумий юқиш механизмига эга бўлган ўхшаш патологиялар тарқалиши бўйича натижалари ҳавф туғдирувчи ўзини тутиш динамикасини таҳлил қилиш, расмий статистика маълумотлари ва профилактик чора-тадбирлар мониторингларини умумлаштириш ОИВ-инфекцияси бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш, ҳамда аҳолининг ОИВ-инфекциясига мойил гуруҳлари орасида касаллик тарқалишини олдини олиш бўйича зарурий ечимлар қабул қилиш имконини беради.

Республикада 2016 йилда ОИВ-инфекцияси аниқланганлар ўртасида эркакларнинг улуши 51,4% (2003 йилда-33,3%), аёллар улуши эса 48,6% ни (2003 йилда-66,7%) ташкил этган. Яъни, ОИВ юққан эркак ва аёллар мутаносиблиги 2003 йилда 2:1 бўлган бўлса, 2016 йилга келиб бу кўрсаткич 1,1:1 ни ташкил этган. Бу рақамлар ОИВ-инфекциясининг аниқланиши аёллар орасида ўсганлигини яққол кўрсатиб турибди. Таҳлиллар натижасига кўра, 2003 йилда аёллар орасида юқиш йўли 100% ҳолатларда парентерал йўл бўлган бўлса, охириги йилларда 2016 йилга келиб, жинсий йўл билан юқиш ҳоллари 81,8% ни ташкил этган.

Тошкент шаҳри ОИВ-инфекцияси билан касалланиш бўйича бошқа вилоятларга нисбатан олдинги ўринни эгаллаб келмоқда. Уларнинг фикрича, бир хулосага аниқлик киритиш керакки, Тошкент шаҳри ОИВ-инфекцияси тарқалиши бўйича юқори мойилликка эга ижтимоий-экологик муҳит бўлиб, эпидемиологик ҳавф аниқланганлигини таъриф этишсада, муаллифлар бу муҳитнинг хусусиятларини кўрсатиб бера олишмаган. Бошқа муаллифларнинг талқинига қараганда,

касаланганларнинг 58,6% ни эркаклар ва 41,4% ни аёллар ташкил этиб, 2023 йилга келиб Ўзбекистонда ОИВ-инфекцияси билан касаланганлар сони 50000 гача етиши мумкин.

Касалхона ичи инфекцияларини профилактика қилишда Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 22 июндаги “ОИВ-инфекцияси тарқалишига қарши курашиш ва шифохона ички инфекцияларини профилактика қилиш юзасидан амалга оширилаётган тадбирларнинг самарадорлигини ошириш бўйича комплекс қўшимча чора-тадбирлар” ПҚ-3800-сонли қарорида ОИВ-инфекциясини профилактикаси ва диагностика қилиш, уни даволаш бўйича аҳолига кўрсатиладиган тиббий-ижтимоий ёрдамни янада такомиллаштириш ва кенгайтиришнинг асосий йўналишлари бу бедаво касалликка чалинмасликнинг чораларини кўриш, замонавий тилда - профилактика масалаларига эътибор қаратиш ҳамда табиийки, масаланинг моддий томонини ижобий ҳал этишнинг йўл-йўриқлари кўрсатиб ўтилган

Хулоса қилиб, шунини айтиш мумкинки, аҳолининг ва тиббиёт ходимларининг касалхона ОИВ-инфекцияси бўйича билим даражасини ва савиясини ошириш мақсадида ушбу касалликни эрта аниқлаш ва касалликнинг эпидемик тарқалишини олдини олишда муҳим аҳамиятга эга, бу эса, ўз навбатида, тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекциясига нисбатан хушёрлигини янада оширишни тақозо этади.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

*Рустамова И.К., Жалалова М.З., Косимова Г.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра Неврологии*

Актуальность: Высокая летальность и инвалидизация больных сосудистыми заболеваниями головного мозга обуславливают особую актуальность данной проблемы неврологии. В последние годы в литературе подчеркивается важность изучения клинической симптоматиологии поражения зон смежного кровоснабжения головного мозга. Среди всех видов инсульта преобладают ишемические поражения мозга, которые также являются наиболее частой причиной стойкой инвалидности.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 45 больных в пожилом возрасте с острым ишемическим мозговым инсультом в разные периоды заболевания, была проанализирована структура типов ЭЭГ в различные периоды заболевания с учетом полушарной латерализации очага поражения. При этом, отдельно анализировались типы ЭЭГ по классификации Жирмунской в пораженном и здоровом полушариях. Отдельно группа больных с правосторонним (n=20) и левосторонним инсультом (n=25).

Результаты исследования. Нами была обследована группа больных с правосторонним инсультом, как и ожидалась абсолютная и процентная представленность патологических дезорганизованных типов ЭЭГ IV и V типа в пораженном полушарии была выше чем в здоровом, но вместе с тем, сопоставление представленности патологических типов в пораженном правом и здоровом левом полушариях в данной подгруппе показали, что имеется выраженная межполушарная асимметрия и при этом обращает на себя внимание то, что в пораженном правом полушарии происходит относительно медленный регресс медленноволновой активности о чем свидетельствуют сниженные темпы регресса патологических дезорганизованных типов ЭЭГ, в то же время в здоровом левом полушарии представленность патологических типов ЭЭГ была достаточно высока в остром периоде. Однако, в раннем восстановительном и позднем восстановительном периодах

происходила значительная редукция относительной и абсолютной представленности патологических типов ЭЭГ. Иная картина прослеживалась при поражении левого полушария. В пораженном левом полушарии так же как и в предыдущей группе относительно высока представленность патологических типов ЭЭГ. Но, следует обратить внимание на то, что и в здоровом правом полушарии в данной группе больных представленность патологических типов ЭЭГ также достаточно была высока. При этом регресс представленности указанных патологических типов ЭЭГ происходил значительно медленнее и патологическая активность в здоровом полушарии сохранялась на более длительный срок включая не только ранний, но и поздний восстановительный периоды заболевания.

Вывод. Отсюда можно сделать вывод о том, что при поражении левого полушария патологическая медленноволновая активность имеет более генерализованный характер. Эти данные в совокупности свидетельствуют о том, что правое и левое полушария мозга по разному связаны с неспецифическими системами мозга и подтверждают известную точку зрения о том, что вероятно левое полушарие имеет более тесные связи с активирующими, а правое полушарие имеет более тесные связи с синхронизирующими системами мозга.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

*Рустамова И.К., Тухтасинова М.Ш., Алиев Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Актуальность изучения головной боли определяется ее широкой распространенностью. По данным разных авторов, жалобы на головную боль предъявляют до 85% населения и эта цифра неуклонно растет. В структуре головной боли ведущее место занимает головная боль напряжения (ГБН), чья доля среди всех цефалгий составляет 50-70%. Затруднения при диагностике цефалгий согласно Международной классификации головной боли 2 пересмотра (МКГБ-2) связаны как с низкой осведомленностью врачей о ее критериях, так и с трудоемкостью длительного детального выяснения различных аспектов анамнеза и характеристик болевого синдрома.

Цель исследования: Изучить нейропсихологические особенности больных с головными болями напряжения во взаимосвязи с их качеством жизни для оптимизации подходов к немедикаментозной терапии данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. Основную группу обследованных лиц составили 30 больных головной болью напряжения (ГБН) в возрасте от 15 до 25 лет. Критерием включения в основную группу было наличие у пациента головной боли, отвечающей критериям диагноза ГБН по МКГБ-2, развивающейся на фоне синдрома вегетативной дистонии (СВД). Обследование лиц, входящих в основную и контрольную группы, включало клинико-неврологический осмотр, нейропсихологическое исследование, уровней тревоги и депрессии с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД). Самооценка качества жизни исследовалась с помощью опросника SF-36v2 (лицензия Quality Metric Incorporated, 2004-2005 гг).

Результаты исследования. По данным применения ГШТД у больных ГБН по сравнению с практически здоровыми лицами из контрольной группы отмечалось повышение уровней и тревоги, и депрессии, хотя при этом средний уровень депрессии в группе больных ГБН оставался в пределах нормальных значений. Корреляционный анализ выявил статистически значимые положительные связи между уровнями тревоги и депрессии и интенсивностью головной боли и длительностью ее анамнеза у больных основной группы в целом. При анализе особенностей структуры темперамента

пациентов с ГБН во всех группах больных получены средние (по градации автора ОСТ) значения показателей шкал опросника. При сопоставлении показателей по шкалам опросников SF-36v2 и ОСТ наблюдалось большое число статистически значимых корреляций между показателями анализируемых шкал, хотя четких закономерностей в структуре темперамента у больных с различной коморбидной патологией или с различной частотой цефалгического синдрома выявить не удалось. Тревога ограничивает выполнение физических нагрузок, влияет на низкую оценку больным своего общего состояния здоровья, психическое здоровье, снижает жизненную активность (значимо коррелирует со шкалами жизненной активности, общего состояния здоровья, психического здоровья, физического функционирования). При ЭГБН из-за наличия депрессии ограничивается социальная активность (общение), привычная повседневная деятельность, физическая активность пациентов (выявлена линейная корреляция со шкалами: социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным и физическим состоянием, физическое функционирование).

Вывод. У больных ГБН отмечался умеренно повышенный уровень тревоги, в то время как уровень депрессии не превышал уровня 7 баллов по ГШТД, считающегося нормальным, хотя и был повышен по сравнению со здоровыми лицами. Больные с хроническими ГБН имели более высокие уровни тревоги и депрессии по сравнению с больными эпизодическими ГБН.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Рустамова И.К., Мамасадилов А.Р., Кабилов Ш.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема лечения корешковых болей весьма актуальна, так как в течение жизни около 80 % людей испытывают боли в шейной области. Чаще под влиянием лечения эти боли купируются в сроки от нескольких недель до 1 мес, а в 20% случаев приобретают хроническое течение. Неадекватная терапия корешковых болей приводит к возникновению более чем в 30 % случаев нетрудоспособности и у 10% - к инвалидизации, причем 75 % пациентов находятся в возрасте от 30 до 59 лет, т. е. в периоде активной трудовой деятельности. Патология шейно-грудного отдела позвоночника составляет около 30% в структуре общей заболеваемости и более 80% всех заболеваний периферической нервной системы.

Цель исследования. Изучение нового препарата для лечения нейропатических болей (габапентина) в качестве монотерапии, в комбинации с антальгическими блокадами, а также изучение сравнительной характеристики эффективности нестероидного противовоспалительного препарата (диклофенак) и антальгических блокад при хроническом болевом синдроме шейно-грудной локализации.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было исследовано 40 больных с хроническим болевым синдромом в области шеи и рук, не нуждающихся в нейрохирургическом лечении. Обследование включало в себя: клинико-неврологические методы исследования, параклинические методы исследования (рентгенография, МРТ, КТ), нейропсихологические методы исследования (адаптированные нейропсихологические тесты) - Шкала депрессий центра эпидемиологических исследований, Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D), тест на акцентуации личности К.Леонгарда (1981), краткий болевой опросник, опросник для диагностики нейропатической боли DN4 (от фр. Douleur Neuropathique), оценочная шкала нейропатических симптомов и признаков университета г.Лидс.

Результаты исследования. В соответствии с задачами исследования больные были разделены на 4 группы (по 10 пациентов) в 1-й проводилось лечение НПВП (диклофенак) в суточной дозе 150 мг/сут на протяжении 7 дней. Больные 2-й группы получали паравертебральные блокады (1 мл (4мг)) дексаметазона, 1 мл витамина В12, 4 мл 2% раствора лидокаина, 1 мл 1% раствора димедрола) – 7 процедур. В 3-й группе больные получали препарат для лечения нейропатических болей габапентин в дозе 600 мг/сут на протяжении 2 недель. В 4-й группе проводилась комбинированная терапия – паравертебральные блокады в сочетании с габапентином в суточной дозе 600 мг/сут в течение 2 недель. *Согласно полученным результатам, выраженность болевого синдрома в значительной мере уменьшилась у пациентов всех 4 групп на 7-е сутки терапии, однако в наименьшей степени эта тенденция была характерна для 2-й группы, получавшей габапентин в качестве монотерапии, что свидетельствует об умеренной его эффективности в 1-е 7 дней терапии хронического болевого синдрома.* Более существенно интенсивность болевого синдрома уменьшилась у больных, которым проводилась комбинированная терапия (паравертебральные анталгические блокады и габапентин), а также только паравертебральные блокады. Однако в ходе дальнейшего наблюдения (к 6 мес исследования) с помощью ВАШ установлена отрицательная динамика выраженности болевого синдрома в 1 и 2-й группах, однако в 3 и 4-й группах положительная, что демонстрирует хорошую эффективность габапентина даже после окончания терапии.

Вывод. *Таким образом, уровень жизнедеятельности пациентов остается более стабильным при применении габапентина, как в качестве монотерапии, так и в сочетании с анталгическими блокадами даже после окончания курса лечения пациентов с хроническим болевым синдромом в нижней части спины, что в прогностическом плане весьма благоприятно.*

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Рустамова И.К., Хожиматова З.Э., Алиев Д.С., Бойдадаев З.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) - сложное дисметаболическое заболевание, поражающее большинство органов и систем в организме. СД является одной из самых частых причин терминальной нефропатии, слепоты, гангрены нижних конечностей, приводит к развитию невропатии и сердечно-сосудистых заболеваний. *Одной из важных причин неврологических осложнений при сахарном диабете являются макро- и микроангиопатии, являющиеся по данным многих авторов основными причинами инвалидизации и смертности пациентов с сахарным диабетом. Роль сосудистого компонента в патогенезе неврологических расстройств оценивался исследователями неоднозначно из-за многочисленных и зачастую противоречащих друг другу данных.*

Цель исследования. Изучить распространенность, клинические варианты и некоторые механизмы развития неврологических осложнений диабета в зависимости от его типа.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было исследовано 20 больных с диабетической энцефалопатией. Было проведено: клинико-неврологические методы исследования, параклинические методы исследования (ЭЭГ), нейропсихологические методы исследования (адаптированные нейропсихологические тесты- Шкала оценки психического статуса, MMSE(Folstein M.F.et al,1975, Шкала Тревоги и Депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond A.S., Shaith R.P.,1983), Биохимические анализы крови: (холестерин, общие ТГ, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП)

Результаты исследования. Для изучения эмоционального статуса больных СД построение профиля исследования личности проводилось в основных и дополнительных группах. Усредненный профиль ММИЛ пациентов СД1 типа определил сенситивно-тревожный профиль личности в сочетании с чертами ригидного типа, у которого выявляется предрасположенность к психосоматическому варианту дезадаптации. Защитный механизм у лиц данного типа проявляется в виде соматизации тревоги, осуществляемой через интрапсихическую переработку вегетативных проявлений. Усредненный профиль ММИЛ пациентов с ИНСД характеризовался демонстративным типом, защитные механизмы которого проявляются путем устранения тревоги за счет ее соматизации и вытеснения из сознания обуславливающих ее факторов в сочетании с формированием демонстративного поведения. Эти механизмы, дополняя друг друга создают почву для психосоматических расстройств. Обобщая результаты теста ММИЛ, можно сделать вывод о том, что для пациентов обеих основных групп общими являются такие индивидуально-психологические особенности личности как повышенное внимание к состоянию своего физического здоровья и функциям своего организма, повышенная тревожность, тенденция к соматизации тревоги, однако, соматизация тревоги осуществляется с помощью различных защитных механизмов. Пациенты СД 1 типа оказались более адаптированными. У больных СД 2 типа показатели по 1-ой шкале были выше 70 Т-баллов даже в основной группе, что свидетельствует о дисгармоничности профиля. Наличие депрессии может отрицательно влиять на когнитивные функции. Известно, что распространенность депрессии и тревоги увеличивается при СД 1-го и 2-го типа. Мы провели анализ выраженности депрессии в обследуемой группе использованием шкалы Тревоги и Депрессии.

Вывод. Результаты исследования показали, что наличие СД удваивает риск развития депрессии, а симптомы тревоги присутствовали у 40% пациентов. Наличие депрессии и тревоги необходимо учитывать при оценке когнитивной дисфункции у больных СД. При депрессии когнитивные расстройства выявляются только при значительной выраженности эмоциональных нарушений.

ДИАГНОСТИКА ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*Рустамова И.К., Мухторов Р.Б., Абдурахмонов И.И., Бойдадаев З.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Головокружение вторая по частоте после головной боли жалоба, с которой пациенты обращаются к врачу. Причиной головокружения может быть неврологическое, ушное, кардиологическое, психическое заболевание и др. Поскольку головокружение носит междисциплинарный характер, нередко возникают трудности с установлением его происхождения. Часто головокружение связывают с патологией сосудов головы и шеи, в связи с чем происходит гипердиагностика сосудистых заболеваний головного мозга. При этом мало внимания уделяют состоянию психоэмоциональной сферы больного, патологии ЛОР-органов. По данным крупных исследований, наиболее часто головокружение возникает вследствие психогенных причин и заболеваний вестибулярного анализатора.

Цель исследования: Оптимизировать диагностику и лечение пациентов, предъявляющих жалобы на головокружение, в амбулаторной неврологической практике.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 30 пациентов с жалобами на головокружение. В соответствии с характером жалоб и с учетом принятой на сегодняшний день классификации пациенты были разделены на две

группы: с системным и несистемным головокружением. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на четыре возрастные группы: в первую группу были включены пациенты в возрасте 16—44 года, во вторую — 45—59 лет, в третью — 60—74 года и в четвертую — 75 лет и старше. Всем пациентам проводились специфические клинические тесты для оценки состояния вестибулярной системы: позиционные пробы Дикса—Холлпайка и МакКлюра—Пагини, проба Хальмаги, проба с встряхиванием головы, проба Фукуда, проба Вальсальвы и гипервентиляционная проба.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной головокружения у амбулаторных пациентов оказались заболевания периферического отдела вестибулярного анализатора (66,9% пациентов). Среди них чаще всего встречались ДППГ (32,9%), болезнь Меньера (19%), вестибулярный нейронит или лабиринтит (9,1%). Заболевания центральной нервной системы в качестве причины головокружения у амбулаторных пациентов значительно уступали по частоте расстройствам периферического вестибулярного анализатора и постуральной фобической неустойчивости. В целом, поражения центральной нервной системы были выявлены у 11,9% пациентов, включенных в исследование. Из них наиболее распространенными оказались мигрень (4,1%) и дисциркуляторная энцефалопатия у пациентов с артериальной гипертонией, атеросклерозом и сахарным диабетом (2,7%). Цереброваскулярные заболевания сравнительно редко вызывали головокружение у пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к неврологу. Они были выявлены лишь у 3,9% пациентов. Причем инсульт в качестве причины головокружения был диагностирован всего у 5 пациентов (0,9% случаев). Во всех этих случаях исследование неврологического статуса выявляло очаговые неврологические симптомы, указывающие на поражение ЦНС, выходящее за пределы вестибулярной системы. С учетом особенностей анализируемой группы пациентов (амбулаторные больные), не представлялось возможным оценить неврологическую симптоматику во время приступа: пациенты приходили на прием уже после окончания основной фазы приступа головокружения.

Вывод. С учетом наиболее распространенных причин головокружения у пациентов амбулаторного профиля оптимальный алгоритм клинического обследования больного с жалобами на головокружение, помимо стандартного исследования неврологического статуса, должен включать: позиционные пробы, исследование горизонтального вестибулоокулярного рефлекса (проба Хальмаги), исследование зрительного подавления спонтанного нистагма, тест встряхивания головы.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Рустамова Э.И., Шадиев А.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Частота встречаемости ринита составляет от 0,3% до 1% в популяции, причем болезнь в основном поражает людей молодого и среднего возраста. Женщины болеют чаще мужчин, что обусловлено гормональными колебаниями в течение жизни. Наибольшая распространенность патологии наблюдается в странах Восточной Европы, Азии, Центральной Африки. Данный тип ринита более характерен для жителей сельской местности (70%), регионов с плохой экологической ситуацией, засушливым климатом, поэтому изучение данной темы является актуальным.

Целью исследования явилось использование мазей на полимерной основе для больных хроническим атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. Нами для лечения 37 больных атрофическим ринитом на базе клиники №1 Самаркандского медицинского института

впервые применены мази из различных лекарственных веществ на основе натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы. Возраст леченых больных (20 женщин и 17 мужчин) был от 8 до 72 лет, всем им при поступлении проведено общее клиническое обследование, рентгенография околоносовых пазух и исследование выделительной функции.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований отмечены существенные преимущества полимерной основы перед углеводородной. для лечения больных атрофическим ринитом нами применены мази следующего состава: рибофлавин - 0,1 г, глюкоза 3 г. натрий- КМЦ - 2,9 г, вода дистиллированная - 94 мл; 2) 1 % раствор аденозинтрифосфора натрия - 50 мл, натрий-КМЦ - 3 г, вода дистиллированная - 47 мл; 3) 1% раствор гумизоля 97 мл, натрий-КМЦ. Но дозировка основных действующих ингредиентов этих мазей соответствует рекомендациям Б.Л.Французова для использования местного лечения указанных лекарственных средств, которое обусловлено их фармакологическими свойствами, благоприятно влияющими функции слизистой оболочки полости носа.

При этом продолжительность лечения составляла 10 -15 дней, какие-либо другие методы терапии не использовались. У всех пациентов к окончанию курса лечения слизистая оболочка стала более влажной, выделительная функция ее повысилась на 0,3-0,5 секунд по сравнению с исходной, потенциал снизился на 5-8 мв, улучшилась транспортная функция мерцательного эпителия. В сроки от 3 до 6 месяцев после лечения нами осмотрено 33 пациента. Все они отмечали существенное субъективное улучшение: в полости носа не скапливались корки, сохранилось свободное носовое дыхание. По сравнению с исходными данными обнаружена меньшая сухость слизистой оболочки, отсутствие скопления корок в полости носа.

Выводы. Таким образом, проведенные клинические наблюдения свидетельствуют о существенных преимуществах полимерной основы, используемой для приготовления лекарственных мазей, которые применяют при атрофическом рините.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*Садикова Д.И., Курбанова Д.И., Юсуфалиева Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский медицинский техникум имени Абу Али Ибн Сино*

Ежегодная заболеваемость мочекаменной болезнью (МКБ) в мире составляет от 0,5 до 5,3%. Многие специалисты объясняют такое широкое распространение МКБ характером изменяющихся современных условий, нарушениями в диете, образом жизни, появлением большого количества профессий, связанных с умственным трудом (гиподинамия), увеличением продолжительности жизни населения планеты, влиянием генетических факторов. Число пациентов с МКБ неуклонно растет и из-за неблагоприятных социальных, демографических, экологических факторов, занимая при этом одну из лидирующих позиций в структуре всех урологических заболеваний и составляет 34,2% от их общего числа. МКБ охватывает группу людей наиболее трудоспособного возраста, что сказывается на общем уровне потери трудоспособности.

Цель исследования – улучшить качество консервативного лечения у больных с калькулёзным пиелонефритом, возникающим после экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии.

Материал и методы исследования. Наши исследования проводились на базе урологического отделения клиники АГМИ. Нами при лечении 26 больных с калькулёзным пиелонефритом, после дистанционной литотрипсии камня, применено комплексное антибактериальное, противовоспалительное лечение, включающее

препарат «Вобэнзим». 41 Последней предшествовало лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое и радиоизотопное обследование морфофункционального состояния почек и мочевыводящих путей.

Результаты исследования. Совместное применение антибиотиков и «Вобэнзима» позволяет добиваться выведения возбудителя инфекции из организма, увеличивает концентрацию антибиотиков в плазме крови и очаге воспаления, а дальнейший прием «Вобэнзима» существенно снижает токсическое воздействие антибиотиков на организм. Мы назначили больным при использовании антибиотиков по 5 таблеток 3 раза в день 2 недели. Ультразвуковой контроль осуществляли после 4 дней лечения, а клиникалабораторный контроль – постоянно. Уже во время процедуры уменьшалась боль, а после 3 дней нормализовалась температура тела, уменьшились явления интоксикации. К концу курса лечения (у 21 больных) заметно снизились пиурия и титр бактериурии. В результатах анализа крови определялись снижение лейкоцитоза, нормализация лейкоцитарной формулы. При контрольном ультразвуковом и радиоизотопном исследовании выявлено значительное уменьшение отека паренхимы почки.

Вывод. Сочетанное применение антибактериальных или уросептических препаратов и «Вобэнзима» способствует значительному повышению эффективности противомикробной терапии и улучшению течения заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦИСТИТЕ

*Садикова Д.И., Курбанова Д.И., Халимжанова М.И.
Андижанский Государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия*

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

Материал и методы: Ретроспективный анализ историй болезни больных, проходивших стационарное лечение с 2016 по 2021 годы в отделении урологии клиники АГМИ. Всего 130 женщин с предварительными диагнозами: хронический цистит, цисталгия, уретральный синдром, уретрит, интерстициальный цистит. Обследование включало следующие пункты: нозологическая форма заболевания, тяжесть течения заболевания, анамнестические данные, общие клинические анализы крови и мочи, БАК посев мочи, по показаниям - консультация гинеколога (микроскопия мазков из уретры, влагалища и шейки матки, ПЦР диагностика на инфекции, передаваемые половым путем), УЗИ почек и мочевого пузыря. Для оценки выраженности дизурии и болевого синдрома были использованы дневники мочеиспусканий.

Результаты исследования. На основании комплексного обследования, учитывая наличие признаков инфекции мочевых путей выделено 3 группы: 1. Пациентки с инфекцией мочевых путей, т.е. с рецидивирующим бактериальным циститом и в том числе с инфекциями передаваемыми половым путем – 52 (40%) 40 2. Пациентки с дизурией в постменопаузе, без лабораторного подтверждения инфекции мочевых путей- 23(18%). 3. Пациентки с абактериальными формами хронического цистита- 55(42%). Несмотря на различный возраст пациенток в 3-х группах наблюдения и наличие или отсутствие бактериальной инфекции мочевых путей, внутриклеточных возбудителей инфекций, передающихся половым путем - все пациентки имели довольно выраженную схожую клиническую симптоматику, с частыми рецидивами заболевания и низким качеством жизни. Все пациентки имели достаточно длительный опыт лечения по поводу своего заболевания, без удовлетворительного эффекта. Лечение заключалось в применении антимикробных препаратов, нестероидных

противовоспалительных препаратов, антидепрессантов, седативных препаратов, ингибиторов холинэстеразы, альфа 1 адреноблокаторов, антигистаминных средств и т.д. Кроме системной фармакотерапии, им производили внутрипузырные инстилляций различных веществ, таких как, колларгол, протаргол, облепиховое масло, антибиотики, местные анестетики. Так же, в лечении наших пациенток применялись различные физиотерапевтические методики. Все эти методики, безусловно, позволяли купировать рецидивы заболевания, снижать выраженность клинической симптоматики и, в какой-то мере, повышать качество жизни пациенток, но лишь на определённый промежуток времени.

Выводы: 1. Больные, страдающие хроническим, длительно текущим, рецидивирующим циститом, не поддающимся эффективному лечению с помощью стандартной фармакотерапии, должны подвергаться комплексному урологическому обследованию.

2. Такое обследование обязательно должно включать в себя цистоскопию с биопсией мочевого пузыря, а также морфологическое и иммуногистохимическое изучение полученных микропрепаратов.

БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

*Садикова Д.И., Рустамов У.М., Хамраев О.А., Бобоев Р.А., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

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

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

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

Результаты исследований: В результате проведённого обследования выявлено: истинная бактериурия (более 100 тысяч микробных тел в 1 мл мочи) у подавляющего пациентов (90 больных). Этиологическим фактором у большинства больных явилась кишечная палочка. В общем анализе крови у 45 пациента обращала на себя внимание умеренная анемия (гемоглобин крови от 90 до 110 г/л). При биохимическом исследовании крови содержание креатинина в пределах нормы (80-105 мкмоль/л) выявлено у 100 пациента, умеренное повышение его (креатинин плазмы 110- 131 мкмоль/л) – у 34 больных, у одного пациента выявлена терминальная почечная недостаточность (креатинин плазмы 704 мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) от 60 до 90 мл/мин выявлена у 85 больных, от 40 до 60 мл/мин у 20 больных и у одного пациента – менее 10 мл/мин. При УЗИ выявлены следующие изменения: уменьшение линейных размеров и объёма почки – у 89 больных, уменьшение толщины 42 паренхимы – у 85 пациента, увеличение объёма почечного синуса – у 94 больных, неровность контуров почки – у 100 человек, повышенная эхогенность паренхимы в местах втяжений – у 80 больных.

Вывод: Результаты проведенного исследования указывают на наличие бессимптомных или малосимптомных форм хронического пиелонефрита у пациентов

от 60 лет и старше: превалирование так называемой «бессимптомной бактериурии» в начале заболевания с преобладающей в качестве этиологически значимого возбудителя и уменьшение СКФ в сочетании с выявленными изменениями при УЗИ почек. Менее часто отмечаемые признаки заболевания – умеренная анемия, увеличение СОЭ и повышение содержания креатинина плазмы.

ТИББИЙ ХОДИМЛАРНИ ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Сайдолим М., Рахимов Ю.
Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Масаланинг долзарблиги. ОИВ инфекциясини популяцияда кенг тарқалганлиги ва барқарор ўсиши замонавий тиббиётнинг долзарб ва жиддий муаммоларидан биридир. Хозирги вақтда жаҳонда 35 млндан ортиқ аҳоли ОИВ инфекцияси билан зарарланган, шундан 1.7 млндан кўпроги вафот этган. Ушбу касаллиниш Ўзбекистон аҳолисини ҳам четлаб ўтмаган, касалликни кайд этилиши 45000 нафардан кўп бўлиб, шу жумладан юкоридаги касаллик ҳолат Самарқанд вилояти аҳолиси орасида ҳам 4000 нафардан ортиқдир. 2005 йилдан тиббий ходимлар орасидаги ОИВ инфекцияси рўйхатга олинган ва ҳазирги кунга келиб уларнинг сони 49 нафарга етди.

Тадқиқотнинг максоди: Самарқанд вилояти мисолида аҳоли орасида тиббий ходимларнинг ОИВ инфекцияси билан зарарланишини (2017-2021 йилларда) таҳлил қилиш ва профилактик тадбирларни тадбиқ этиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тиббий ходимлар тугрисидаги маълумотлар ва тадқиқот ишлари Самарқанд ОИТСга қарши қурашиш марказида олиб борилди. Тадқиқот маълумотлари йиллик якуний ҳисоботларга асосланганлиги ва тиббий ходимлар орасида ОИВ инфекциясини кайд этилишини қузатиб, таҳлил қилиб борилди.

Тадқиқот натижалари: ОИВ инфекциянинг 2017 йилдан 2021 йиллар орасида кайд этилиши қуйидаги тартибда давом этган, 2017 йида 481 ҳолатни, шундан 2 нафари тиббий ходимда, 2018 йилда 485 ҳолатни, 3 нафари тиббий ходимда, 2019 йилда 434 ҳолатни, 3 нафари тиббий ходимда, 2020 йилда 297 ҳолатни, 4 нафари тиббий ходимда ва 2021 йилда 384 ҳолатни, 5 нафари тиббий ходимларда қузатилди. Юкоридаги маълумотлардан маълумки, кейинги йилларда касбга боғлиқ зарарланиш ҳам ушиб бормоқда. Вилоятда 3800 дан ортиқ тиббий ходим фаолият қилмоқда, булардан 49 нафари ОИВ инфекцияси билан зарарланган. Шунинг учун тиббий ходимлар жуда эҳтиёткорлик билан ишлаши ёки ҳар бир миқозни ОИВ инфекцияли шахс сифатида қабул этиши керак. Вилоятда 3800 дан ортиқ тиббий ходим фаолият қилмоқда, булардан 49 нафари ОИВ инфекцияси билан зарарланган. Шундан врачларда 14,32% (7 та), урта тиббиёт ходимида 53,1% (26 та) ва кичик тиббий ходимларда 32% (16 та) ни ташкил Айниқса, ОИВ инфекцияли шахслар жарроҳлар, стоматологлар, гинекологлар шифокорлар, ҳамда қон ва биологик суюқликлар билан ишловчи тиббий ходимлар учун қатта ҳавф тугдиради. Бундан тақари, юқиш ҳавфи тиббий ходимлар техника ҳавфсизлигини сақламагандаги ҳолоқатли (авария) ҳолларда, биологик суюқликлар ва ута ўткир кесувчи ускуналар билан ишлаш шароитида рўй беради.

Ўтказилган тадқиқот бўйича берилган тавсиялар:

1. Барча тиббиёт ходимларини ҳавфсиз инъекция томоиллари асосида ўқитиш;
2. Тиббиёт ходимларини тиббий авария турлари, келиб чиқиш сабаблари, тиббий авария ҳолатларида махсус профилактика курсини ўтказиш қоидаларига риоя қилиш бўйича бўйича билим савиясини ошириш.

**ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-
АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

*Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Валиева М.Ю.,
Кодиров Д.А., Алибеков Ш.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования - изучение особенностей клинических проявлений ВИЧ-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний (ВИЧ ХГДЗ) в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Среди репрезентативной выборки ВИЧ-инфицированного населения осуществлено эпидемиологическое исследование и изучено клиническое течение ХГДЗ в различных возрастных группах обследованных. ВИЧ-инфекция диагностировалась соответственно критериями классификации ВОЗ (2006).

Результаты и выводы. Отмечено, что болевой синдрому больных ХГДЗ ВИЧ-инфекцией в зависимости от возраста выявляется с увеличением от 39,1 % (в группе лиц 20-29 лет) до 85,0% (в группе 40-49 лет), то есть на 45,9 % или в 2,2 раза ($P < 0,01$). В группе обследованных больных 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 раза ($p < 0,01$). Сравнительно высокая выявляемость диспепсических симптомов отмечены среди лиц 50-59 лет (100,0 %), 20-29 лет (60,9%) и 30-39 лет (65,0%); более чем в 2 раза меньшей частотой установлены в возрастной группе 40-49 лет.

Симптомы поражения тонкой кишки у больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией встречались в возрасте 20-29 лет - 36,7 %, в 30-39 лет - 44,3 % ($p < 0,05$) и в 40-49 лет - 18,3%. В группе лиц 50-59 и 60-69 лет эти симптомы не наблюдались. Обращает внимание на наличие у больных наряду с классическими симптомами и ХГДЗ, явлений поражения толстого кишечника: среди лиц до 30 летнего возраста - у 21,8%, 30-39 лет - у 21,4%, 40-49 лет - у 11,7% и в 50-59 лет - у каждого пятого пациента (20,0%).

Симптомы ВИЧ-инфекции саркомой Капоши имели более выраженный характер лишь в возрастной группе 20-29 лет обследованных (1,1 %), а в других возрастных группах больных данная патология не обнаружена (0,0%).

В целом, отмечено, что при ХГДЗ у ВИЧ-позитивных пациентов наиболее часто в патологический процесс вовлекаются тонкая кишка (в 57,8 % случаев), толстый кишечник (18,9 %), кожные покровы (92,9 %) и органы дыхания туберкулезом (18,6%).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ
ПОПУЛЯЦИИ

*Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А.,
Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Исследователями указываются зависимость высокого риска развития хронических гастродуоденальных или других неинфекционных заболеваний и их факторов риска от потребления наркотических веществ (ПНВ).

Поэтому мы изучили распространенность ПНВ у ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска в отношении этих факторов риска среди ВИЧ- населения.

Материалы и методы. Специальное эпидемиологическое обследование проводилось в скрининг центре и оно включало применение на репрезентативной выборке ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции следующих методов: эпидемиологических, клинических и специальных методов диагностики ВИЧ-инфекции (WHO, 2001).

У ВИЧ популяции наркоманов соответственно МКБ-10 (ДСМ-14) в определенной последовательности выяснились следующие вопросы: 1) наркомании, вследствие злоупотребления веществами, содержащими опиумные алколоиды и их производные, а также синтетических анальгетиков, 2) наркомании, вследствие злоупотребления кокаина; 3) наркомании, вследствие злоупотребления препаратами группы амфетаминов и других психостимуляторов; 4) наркомании, вследствие злоупотребления галлюциногенными веществами, отнесенными к наркотикам; 5) наркомании, вследствие злоупотребления с другими какими-либо веществами отнесенными к наркотикам; 6) наркомании, вследствие сочетанного злоупотребления комбинации веществ различных групп, отнесенных к наркотикам.

Результаты и выводы: Из полученных данных следует, что распространенность ПНВ среди общей популяции ВИЧ- инфицированных составляет 29,2 %. Изучалась распространенность ПНВ среди ВИЧ населения с учетом возраста обследованных. Отмечено, что распространенность ПНВ было больше у ВИЧ популяции 40-49 лет (47,7%), 30-39 лет (35,7%) и 50-59 лет (25,0%). Сравнительно в 3 раза меньшей частотой выявлялось в группе лиц 20-29 лет и не отмечалось в возрасте 60-69 лет (0,0%).

Выводы: 1) эпидемиологический мониторинг имеет высокую чувствительность, специфичность и большой потенциал в раннем выявлении, диагностики и профилактике ХГДЗ у ВИЧ инфицированного населения; 2) с помощью результатов эпидмониторинга можно получить истинную информацию об эпидемиологических условиях и ситуациях в отношении ПНВ, 3) периодический эпидмониторинг рекомендуется для широкого и постоянного использования на практике в целях современного выявления хронических гастродуоденальных заболеваний и ПНВ среди ВИЧ позитивного населения.

КЛИНИКО - ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В

*Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. У больных хроническим гепатитом В боли в области сердца и нарушение сердечного ритма могут быть нервно-рефлекторными, имеют также значение различные ферментативно-метаболические нарушения.

Изучение проявлений поражения сердца при хроническом гепатите В поможет проводить дифференциальную диагностику и адекватную терапию.

Цель исследования: Анализ клинических и электрокардиографических проявлений кардиального синдрома у больных хроническим гепатитом В, получавших стационарное лечение в гепатологическом отделении клиники института.

Материал и методы исследования: Обследованы 44 больных в возрасте от 16 до 60 лет с маркерами хронического гепатита В. Мужчин было 17, женщин – 27. Анализировали анамнез, пути возможного заражения вирусом гепатита В: парентеральное употребление наркотических веществ, гемотрансфузии, хирургические вмешательства. Выявляли токсические факторы: алкоголь, профессиональные вредности, учитывали наличие патологии желудочно-кишечного тракта и паразитарной инвазии.

Диагноз хронического гепатита В верифицирован на основании данных эпидемиологического анамнеза, результатов клинико-биохимического и иммуноферментного анализа и ПЦР-диагностики. Ультразвуковое исследование в В-режиме осуществлялось на аппарате MINDRAY DC-6 Expert, с использованием конвексного датчика 2,5-10 МГц. Комплексное ультразвуковое исследование гепатолиенальной системы пациентов проводили наощакополипозиционно, комплексно. Были оценены все количественные и качественные параметры этих органов.

Результаты исследования: Больные с хроническим гепатитом В при незначительной физической нагрузке предъявляли жалобы на: сердцебиение – 12 больных; одышку – 10; неприятные ощущения в области сердца – 16; перебои – 5; характерные боли в области сердца – 6; слабость – 10; утомляемость – 20. При объективном исследовании выявлены: тахикардия – у 14 и шумы в области сердца – у 3 больных. При биохимическом анализе крови отмечено преобладание показателей АСТ над АЛТ у 10 больных.

Проведен анализ результатов электрокардиографического исследования. При этом признаки дистрофических изменений миокарда обнаружены у 10 больных, ишемия миокарда различной локализации – у 11, блокада правой и левой ножек пучка Гисса выявлены у 4 больных, гипертрофия левого желудочка – у 4 больных, атриовентрикулярная блокада – у 5, предсердные экстрасистолы – у 2, экстрасистолы желудочковые – у 2, удлинение интервала QT – у 3 больных.

Выводы: Хронический гепатит В протекает с поражением миокарда, нарушениями в проводящей системе сердца, обменными и метаболическими изменениями. Это диктует необходимость четкой диагностики и проведения адекватной и корректирующей терапии с учетом сочетанной патологии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Саматов У.А.

Кафедра госпитальной и клинической стоматологии

Цели и задачи: изучить характер и степень изменения биоэлектрической активности жевательных мышц; сравнить результаты электромиографического исследования (биоэлектрическую активность и симметричность деятельности жевательных мышц) до и после проведения комплексного лечения у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и имеющимися нарушениями функциональной окклюзии.

Материалы и методы: нами был составлен план комплексного лечения двенадцати пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. На этапе диагностики было выполнено электромиографическое исследование жевательных мышц, проведена проба «ПОКОЯ» и проба «СЖАТИЕ» в момент смыкания зубных рядов, а также электромиографический контроль после комплексного лечения.

Результаты и выводы: у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта наблюдается изменение функции жевательных мышц. Прослеживалась асимметрия деятельности височных и собственно жевательных мышц (коэффициент асимметрии деятельности мышц составил от 50% до 70%). После оказания терапевтического, хирургического и ортопедического лечения данным пациентам показатели биоэлектрической активности жевательных мышц значительно улучшились (коэффициент асимметрии снизился до 15%). Электромиографический контроль функционального состояния жевательной мускулатуры на всех этапах комплексного подхода к ведению больных с воспалительными заболеваниями пародонта способствует точности диагностики и эффективности лечению.

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ В СТОМАТОЛОГИИ

Саматов У.А.

Кафедра госпитальной и клинической стоматологии

Введение: в настоящее время одной из самых актуальных технологий в медицине является применение стволовых клеток. Стоматология не исключение. В течение жизни человек вследствие различных причин может потерять зубы (травмы, заболевания-сахарный диабет, гипертония и др., наличие вредных привычек). Это приводит к нарушению жевательной и речевой функциям зубов, а также к эстетическим проблемам. Вот почему вопрос восстановления зубов с помощью стволовых клеток актуален в наши дни.

Цель: ознакомиться с перспективами применения стволовых клеток в стоматологии.

Материал и методы: провёл анализ литературных источников последних лет, посвященных изучению стволовых клеток и их применению в решении задач регенеративной стоматологии.

Результаты и их обсуждение: выделяют несколько популяций стволовых клеток зуба: 1) стволовые клетки пульпы зуба. В Японии ученый Мисако Накашима проводил клинические испытания, чтобы изучить возможность использования стволовых клеток пульпы зуба для замены инфицированной ткани пульпы. Испытание включало в себя применение аутологичных клеток к зубам пациентов с необратимым пульпитом. Через 25 недель не было никаких побочных эффектов, и обработанные зубы показали восстановление пульпы. Поскольку современные методы лечения

корневых каналов не восстанавливают жизнеспособность пульпы, а лишь заменяют ее неорганическим цементоподобным материалом, реставрация с использованием аутологичных клеток является подлинно реалистичной альтернативой, которая может стать обычным методом стоматологического лечения в ближайшем будущем. 2) стволовые клетки молочных зубов. Профессор Пенсильванского университета Сонгтао Ши проводил клинические испытания стволовых клеток молочных зубов. Было отобрано 40 детей с травмами постоянных резцов, но у которых все еще были молочные зубы. 30 из них было назначено лечение с использованием клеток пульпы молочных зубов, а остальные 10 в качестве контрольной группы прошли стандартную процедуру апексификации. Клетки культивировали в лаборатории и затем имплантировали в поврежденный зуб. Наблюдения показали, что у 30 детей развивались более здоровые корни зубов, отмечался более толстый слой дентина и улучшенное кровоснабжение зуба по сравнению с контрольной группой. Изначально у всех наблюдаемых пациентов была нарушена чувствительность поврежденных зубов. Через год после процедуры чувствительность вернулась только к пациентам, получившим стволовые клетки пульпы молочных зубов. 3) клетки-предшественники десны, и т.д.

Выводы: Стволовые клетки зуба-будущее регенеративной стоматологии. Возможность реализации потенциала данных стволовых клеток очень важно изучать, так как это позволит стоматологии выйти на новый уровень.

СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ В СТОМАТОЛОГИИ

Саматов У.А.

Кафедра Госпитальной и Клинической Стоматологии

Введение: в настоящее время одной из самых актуальных технологий в медицине является применение стволовых клеток. Стоматология не исключение. В течение жизни человек вследствие различных причин может потерять зубы (травмы, заболевания-сахарный диабет, гипертония и др., наличие вредных привычек). Это приводит к нарушению жевательной и речевой функциям зубов, а также к эстетическим проблемам. Вот почему вопрос восстановления зубов с помощью стволовых клеток актуален в наши дни.

Цель: ознакомиться с перспективами применения стволовых клеток в стоматологии.

Материал и методы: провёл анализ литературных источников последних лет, посвященных изучению стволовых клеток и их применению в решении задач регенеративной стоматологии.

Результаты и их обсуждение: выделяют несколько популяций стволовых клеток зуба: 1) стволовые клетки пульпы зуба. В Японии ученый Мисако Накашима проводил клинические испытания, чтобы изучить возможность использования стволовых клеток пульпы зуба для замены инфицированной ткани пульпы. Испытание включало в себя применение аутологичных клеток к зубам пациентов с необратимым пульпитом. Через 25 недель не было никаких побочных эффектов, и обработанные зубы показали восстановление пульпы. Поскольку современные методы лечения корневых каналов не восстанавливают жизнеспособность пульпы, а лишь заменяют ее неорганическим цементоподобным материалом, реставрация с использованием аутологичных клеток является подлинно реалистичной альтернативой, которая может стать обычным методом стоматологического лечения в ближайшем будущем. 2) стволовые клетки молочных зубов. Профессор Пенсильванского университета Сонгтао Ши проводил клинические испытания стволовых клеток молочных зубов. Было отобрано 40 детей с травмами постоянных резцов, но у которых все еще были

молочные зубы. 30 из них было назначено лечение с использованием клеток пульпы молочных зубов, а остальные 10 в качестве контрольной группы прошли стандартную процедуру апексификации. Клетки культивировали в лаборатории и затем имплантировали в поврежденный зуб. Наблюдения показали, что у 30 детей развивались более здоровые корни зубов, отмечался более толстый слой дентина и улучшенное кровоснабжение зуба по сравнению с контрольной группой. Изначально у всех наблюдаемых пациентов была нарушена чувствительность поврежденных зубов. Через год после процедуры чувствительность вернулась только к пациентам, получившим стволовые клетки пульпы молочных зубов. 3) клетки-предшественники десны, и т.д.

Выводы: Стволовые клетки зуба-будущее регенеративной стоматологии. Возможность реализации потенциала данных стволовых клеток очень важно изучать, так как это позволит стоматологии выйти на новый уровень.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ВЗРОСЛЫХ С ДЕФИЦИТОМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВИТАМИНА D

Санакулов А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы исследования. Широкая распространенность дефицита и недостаточности витамина D во всем мире демонстрирует наступление «немой неинфекционно - метаболической эпидемии XXI века», связанной с высоким риском медико-социальных последствий для здоровья человека. Поскольку витамин D является неотъемлемым регулятором транскрипционной активности генов, осуществляющих контроль над 3-5% генома человека его дефицит лежит в основе кардиоваскулярных, онкологических, метаболических, иммунных и многих других что требует проведения своевременной диагностики и адекватной медикаментозной коррекции. Фундаментальные исследования распространенности дефицита и недостаточности витамина D являются основой для разработки оптимальной диагностической и лечебной стратегии. Совокупность этих данных определяет необходимость комплексного подхода к изучению данной проблемы и обуславливает актуальность проведенного исследования.

Цель исследования – оценить уровень обеспеченности витамином D на территории Самаркандского региона для оптимизации лабораторной диагностики и эффективной медикаментозной коррекции.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование частоты встречаемости дефицита и недостаточности витамина D в Самаркандском регионе географическая карта распространенности дефицита, недостаточности и оптимальных уровней витамина D на территории Узбекистане до настоящего времени не включала в себя широту Самарканде и Самаркандского района. По результатам исследования адекватные значения 25(OH)D в Самаркандском регионе выявлены у 32 (7,3%) обследованных, недостаточность диагностирована у 97 (22,0%), тогда как у 311 (70,7%) зарегистрирован уровень дефицита витамина D. При анализе уровня 25(OH)D с позиции возрастных особенностей не было получено статистически значимых различий. По ИМТ все участники исследования разделились на несколько групп: 34% имели нормальную массу тела, 33% избыточную и треть имели ожирение. Ожирение I степени зарегистрировано у 19%, II степени – 9%, III степени – 2% и 3% участников имели дефицит массы тела соответственно. При изучении ассоциаций антропометрических данных с уровнем 25(OH)D отмечается отчетливая взаимосвязь содержания витамина D в сыворотке крови с ИМТ, ОТ и

массой тела обследованных. По результатам дисперсионного анализа установлено: более низкие показатели 25(OH)D имелись у обследованных по данным. Полученные данные находят подтверждение в следующих статистических расчетах: с увеличением ИМТ на 1 кг/м² витамин D в среднем снижается на 0,148 нг/мл, а при увеличении ОТ на 1 см - на 0,119 нг/мл. Аналогичные результаты получены при исследовании взаимосвязи витамина D с массой тела обследованных, установлено: при увеличении массы тела на 1 кг, уровень витамина D в среднем снижается на 0,060 нг/мл.

Таким образом, согласно нормативам действующих клинических рекомендаций распространенность дефицита и недостаточности витамина D среди всех обследованных жителей Самаркандского региона РУз встречается в 92,7%. Дополнительно стоит отметить, что уровень витамина D не связан с полом и возрастом, но ассоциирован с ИМТ, ОТ и массой тела обследованных, что подтверждает стратегию включения лиц с избыточным количеством жировой ткани в организме в группу высокого риска по развитию дефицита витамина D. Исследование уровня 25(OH)D в сыворотке крови у жителей Самаркандского региона выявило высокую распространенность 92,7 % низкого статуса витамина D. Уровень витамина D не связан с возрастом и полом, но ассоциирован с избыточной массой тела и абдоминальным ожирением у обследованных. Большинство участников исследования имеют дефицит кальция 54,5% и витамина D 95,7% в питании, что соотносится с данными о широкой распространенности низкой обеспеченности витамином D в Самаркандском регионе.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕМОНОТОННОГО ЭФФЕКТА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ - АССОЦИИРОВАННОЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ

*Сапиохунова Х.М., Мамасалиев Н.С., Ибрагимов М.К., Салохидинов А.С.
АндГосМИ, Андижан*

Затрагиваемый вопрос был рассмотрен в основном среди ВИЧ негативного населения и причинная взаимосвязь эпидемиологических факторов риска с развитием кардиоваскулярного континуума установлена вполне определенно. Подобные заключения в отношении ВИЧ ассоциированной нейроциркуляторной астении (ВИЧанЦА) в научных источниках до сих пор не представлены исследователями.

В связи с этим **целью данного исследования явилось** проведение сравнительного анализа проведения сравнительного анализа немонотонного эффекта воздействия эпидемиологических факторов риска на показатели заболеваемости ВИЧанЦА.

Материалы и методы. С использованием методологии ВОЗ проводилось эпидемиологоклиническое исследование у 34\ВИЧ инфицированных лиц (мужчин 149 и женщин 10,2; городское население – 196, и сельские жители – 145) в возрасте \geq 18-50 лет.

Результаты и выводы: В наибольшей степени связь ВИЧанЦА имеет следующими эпидемиологическими факторами риска: наследственной предрасположенностью ($r_{++}=0,10; \text{£}2=6,9$), психогенными факторами ($r_{++}=0,15; C2=9,8$), мультиморбидностью ($r_{++}=0,68; C=76,6$), низким потреблением овощей и фруктов ($r_{++}=0,19; C2=12,5$), низкой физической активностью ($r_{++}=0,16; \text{£}2=10,4$), употреблением алкоголя ($r_{++}=0,68; C2=74,2$), курением ($r_{++}=0,64; C2=71,5$), избыточной массой тела ($r_{++}=0,18; C2=31,4$), гиперурикемией ($r_{++}=0,22; \text{£}2=40,5$), дислипидемией ($r_{++}=0,26; \text{£}2=46,5$), принадлежностью к религиозной (мусульмане)

группе ($r_{++}=0,28$; $\chi^2=49,7$), брачному статусу ($r_{++}=0,30$; $\chi^2=51,4$), образовательном статусу ($r_{++}=0,56$; $\chi^2=64,5$) этническим особенностям ($r_{++}=0,34$; $\chi^2=52,8$) профессиональной деятельности ($r_{++}=0,58$; $\chi^2=66,3$) и возрасту ($r_{++}=0,62$; $\chi^2=70,2$). Был выявлен немонотонный эффект воздействия указанных риск факторов на показатели заболеваемости ВИЧ/ИППП.

При наличии высокой распространенности факторов риска в ВИЧ/ИППП популяции ситуация в отношении ИППП оказалось высоко рискогенной.

КАК «ПОДКРЕПИТЬ» ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПУТНИКА НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА? (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПРИМЕРЕ АНДИЖАНА)

*Сапиохунова Х.М., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Мамасолиева Ш.А.
АнДГосМИ, Андижан*

Большинство людей с гломерулярными патологиями приходят к врачу, когда уже появляются симптомы развившейся и/или начинающейся «нефрологического континуума». Либо несмотря на современные методы диагностики и лечения, абсолютного выздоровления у подавляющего числа пациентов не происходит, и часто процесс переходит в хронический. Поэтому важнейшим направлением развития нефрологической науки и практики стало распознавание, эпидемиологическое изучение и идентификация приоритетных факторов риска от заболеваний почек и мочевыводящих путей (ЗПМВ) к нефрологическому континууму – дорогу длиною жизнь.

Цель исследования - путем эпидемиологического исследования ЗПМВ поиск способов «подкрепления» путника от этих заболеваний к нефрологическому континууму в примере популяции Андижана.

Материалы и методы: Андижан является представителем Ферганского региона, где обследовано 603 человек. Населения для эпидемиологического обследования выбраны из 3640 мужчин и 3640 женщин в возрасте 18-70 лет и старше. Отбор популяции осуществлён из избирательных списков населения с использованием способа случайных чисел (аналог жеребьевки). Применялись скрининговые, клинико – инструментальные, функциональные и инструментальные методы диагностики ЗПМВ и их факторов риска.

Результаты и выводы: в обследованной популяции коренного и некоренного населения ЗПМВ характеризуются со следующей эпидемиологическими показателями распространенности: гломерулярные патологии – по 3,8% и 6,9% ($P<0,05$), тубулоинтерстициальные воспалительные заболевания почек – по 4,9% и 1,8% ($P<0,01$), пиелонефриты – по 63,2% 42,7% ($P<0,001$), инфекции мочевых путей – по 21,0% и 31,0% ($P<0,05$), мочекаменная болезнь – по 4,2% и 24,1% ($P<0,001$) и хроническая болезнь почек – по 2,8% и 3,4% ($P> 0,02$).

Было установлено, что число больных ЗПМВ состоящих под наблюдением медицинских учреждений («Д» учете) по данным обращаемости не превышают 24,8%. ЗПМВ разнятся в различных возрастных группах по частоте выявляемости по данным обращаемости и результатам эпидскрининга следующие образом: в 15 – 19 летнем возрастном диапазоне с разницей в 3,1 раза – 25,0% и 75,0% ($P< 0,001$), в 20-29 лет – по 19,6% и 80,4% (с разницей в 4,1 раза), в 30 – 39 лет – по 17,0% и 83,0% (с разницей в 4,9 раз, $P<0,001$), в 40- 49 лет – по 25,0% и 75,0% (в 3 раза; $P<0,001$), в 50- 59 лет – по 26,2% и 73,8% (в 2,8 раза; $P<0,01$), в 60 – 69 лет – по 38,9% и 61,1% (в 1,6 раза ; $P<0,05$) и в 70 лет и старше – по 44,4% и 55,6% (в 1,2 раза; $p< 0,05$).

Таким образом, учет этих данных и активная, дифференцированная и ранняя профилактика научно обоснованный способ «подкрепления» путника от ЗПМВ к континууму в климатических условиях Андижана Ферганской долины.

ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОСТЕОАРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БАХОЛАШ

Сафаров А.Ж., Камилова У.К.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Остеоартрит (ОА) билан касалланган беморларда юкламали жисмоний реабилитация дастурлари самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Биз 40 ёшдан 60 ёшгача (ўртача ёши $53,8 \pm 4,9$ ёш) ОА билан касалланган 154 нафар беморни текширдик. Уларнинг 106 нафарини (68,8 фоизини) аёллар, 48 нафарини (31,2 фоизини) эркаклар ташкил этди. Беморлар анъанавий даволаниш (хондропротекторлар гуруҳидан хондроитин сульфат 1000 мг оғиз орқали 6 ой давомида), даволовчи жисмоний тарбия машқлари (ДЖТ) ва хавф омилларини бартараф этиш бўйича тавсиялар олдилар. Реабилитологик даволашнинг дастлабки босқичида бўлган ОА билан касалланган беморлар гуруҳларида даволаш комплекси зарарланган бўғимлардан юкламани олиб ташлашдан (тик туришни камайтириш, юриш давомида ҳассага таяниш ва бандажлардан фойдаланиш) иборат бўлди. Самарадорлик мезонлари оғриқ динамикасини, функционал фаолликни ва беморнинг умумий ҳолатини баҳолашга асосланди.

Тадқиқот натижалари. Текширилаётган беморларда ВАШ бўйича оғриқ синдроми дастлаб $57,5 \pm 2,4$ баллни ташкил этди. Тизза бўғимининг рентгенограммасини таҳлил қилиш 94,7% ҳолларда эпифиз остеопорозининг шаклланиши ва 20,1% ҳолларда кистали ўзгаришларини аниқланди. Беморларнинг 60,3% да бўғим ёриғининг торайиши, остеосклероз - 59,5% ҳолларда кузатилди. Бундан ташқари, беморларнинг 17,4 фоизда периостит аниқланган. ОАдаги бўғим синдромнинг кечиши жараённинг локализацияси ва зарарланган бўғимларнинг сонига қараб ўзгариб туради, бўғим тузилмаларнинг ўзгариши ва функционал фаоллик имкониятларининг чекланиши аёлларда эркакларникига қараганда кўпроқ намоён бўлади ва III-IV радиологик босқичлар касалликнинг дастлабки босқичларида шаклланади, бўғимнинг функционал имкониятларини чекланиши билан бирга беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилади. Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатдики, ОА билан касалланган беморларда WOMAC индекси $61,4 \pm 5,1$ баллни ташкил этди. Даволашдан олдин Lequesne индекси $10,73 \pm 1,76$ баллни ташкил қилди. Реабилитацион даволашнинг дастлабки босқичида ОА билан касалланган беморларда даволаш комплекси зарарланган бўғимлардан юкламани олиб ташлашдан иборат (оёқларда тик қолишни чеклаш, юриш пайтида ҳасса таёқлардан ва бандажлардан фойдаланиш). Беморнинг ётган ёки ўтирган ҳолатида амалга оширилаётган даволовчи жисмоний тарбия комплексини киритиш керак, бу бўғимлардаги статик юкни бартараф этиш имконини беради. Мушакларни кучайтириш учун изотоник кучланиш машқларидан фойдаланиш юкламали машқларига мурожаат қилмаган ҳолда бўғимларда қон айланишини яхшилайдди. Жисмоний машқлар комплексини тугатгандан сўнг, беморларнинг кўпчилиги клиник ҳолатнинг яхшиланишини қайд этдилар, бу бўғимлардаги оғриқларнинг камайиши, ОА билан касалланган беморларнинг функционалиги ва жисмоний иш қобилиятининг кўрсаткичларининг ошиши билан намоён бўлди. Комплекс терапия курсидан сўнг текширилган беморларда ВАШ бўйича оғриқ синдроми $34,3 \pm 2,1$ баллни ташкил этди. WOMAC шкаласи бўйича индекс $42,1 \pm 3,9$ баллгача камайди, Lequesne индекси $5,37 \pm 1,98$ баллни ташкил этди. Даволаш ва диагностика жараённинг кўп омилли хусусиятини ҳисобга олган ҳолда, ОА билан

касалланган беморларни реабилитация қилиш дастурларини ишлаб чиқиш муаммоси долзарб муаммо бўлиб, дори воситалари билан ва дори воситаларисиз таъсир усуллари (парҳез билан даволаш, жисмоний тарбия, физикавий омиллар, руҳий ижтимоий реабилитация ва бошқалар) қўлланилади.

Хулоса. Шундай қилиб, ОА билан касалланган беморларда жисмоний машғулотлар комплексидан фойдаланиш умумий ҳолатни яхшилайти, жисмоний юкламаларга чидамлилиқни оширади ва беморларнинг клиник ҳолатини яхшилайти.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Солиев Д.К., Солиев К.К., Салиев Ф.А., Усманова У.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Изучение достижения длительной полной клинической и гематологической ремиссии больных острыми лейкозами (ОЛ) благодаря применению современной программной полихимиотерапии.

Материалом данного исследования служили 13 больных острыми лейкозами лимфобластного варианта, в том числе 7-мужского, 6-женского пола, в возрасте от 13 до 22 лет. Лечение больных проведено по протоколу ВАМП, ЦВАМП, СОАР, 5+2, 7+3. их комбинации.

Результаты. Из 13 больных у 9 (69,2%) удалось получить длительную, полную, клиническую и гематологическую ремиссии, что составляет 69,2%. В том числе 1 (11,2%) продолжает жить 6-5 лет, в котором мы прекратили поддерживающую терапию, как выздоровевшему человеку от лейкоза, у 3-х из 9 (33,3%) длительность ремиссии составляет 3-4 года, у 3 (33,3%) медиана выживаемости составляет 2-3 года, еще у 2 (22,2%) от 1 до 1,5 года. Из 13 у 3-х (23%) больных длительная ремиссия составляет 5-8 месяцев, еще у 1 (7,7%), с дифференцированным вариантом остро го лейкоза не удалось достичь длительной ремиссии в связи с тем наступили цитопенические, геморрагические осложнения в виде язвенно-некротического стоматита, септикопиемии, дисбактериоза и несмотря на проведенный усиленный протокол (7-1-3) в комплексе дезинтоксикационной, антибактериальной терапии, трансфузии тромбоконцентрата, лейкомасты, плазмы крови и других симптоматических лечебных мероприятий констатирован летальный исход.

9 больным с длительной ремиссией от 1-1,5 до 4 и 6,5 лет проведены подкрепления ремиссии и профилактика нейтропении. Среди них, только у 1 больного удалось достичь ремиссию более 5 лет, т.е. 6,5 лет, которая многими авторами оценивается как выздоровление, что касается ПИП у него отменили после 6 лет ремиссии, оставили только метотрексат 2-3 мг/м² один раз в неделю. Обычно после рецидива несмотря на усиленную ПХТ, гемокомпонентную, дезинтоксикационную, антибактериальную и симптоматическую терапию не удается достичь длительной ремиссии, наступают различные осложнения и больные погибают при глубокой цитопении и семи других осложнениями.

Заключение. Таким образом полученные нами данные позволяют указать, что принципы терапии острых лейкозов складываются из многоэтапных программных схем лечения, при строгом соблюдении 3 этапов: это получение индукции ремиссии, подкрепление полученной ремиссии, постоянная поддерживающая полихимиотерапия при которых возможно достичь желаемого эффекта. Выживаемость до 5 лет в постремиссионном периоде значительный фактор выздоровления от такого грозного заболевания, каким является острый лимфобластный лейкоз.

СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ФОНЕБЕТТА-ТАЛАССЕМИИ

*Солиев К.К, Кадиоров Ж., Солиев Д.К, Салиева М.О.
Усманова У.И.*

Андижанский государственный медицинский институт

Среди наследственных эритроцитопатий одной из наиболее частовстречающихся форм является бета-талассемии заболевания, которое в различных ее вариантах занимает ведущее место среди гемолитических анемий. Работами ряда исследователей доказано, что в республике Средней Азии и Закавказья являются эндемическими очагами наследственных эритроцитопатий. По нашим данным в регионе частота наследственных эритроцитопатий составляет 3,71% населения.

Цель и методы исследования: Существующие методы лечения оказались малоэффективными и дают лишь временное улучшение и заболевание постепенно прогрессирует в конечном итоге наступает цирроз печени с ее декомпенсацией и инвалидизацией больного с ухудшением общего состояния, с чем связана актуальность спленэктомии у больных наследственно обусловленными гемолитическими анемиями, так называемыми гемоглобинопатиями.

Результаты исследования: У нас в гематологической клинике на учете состоит более 550 больных наследственными гемоглобинопатиями. Из них 15 больных бета-талассемией было подвергнута спленэктомии. Возраст больных от 11 до 32 лет. До операции селезенка была увеличена, из-за чего картина цирроза печени в стадии компенсации наблюдается гепатомегалия. Отмечалась выраженная гемолитическая анемия. Средние показатели общего гемоглобина составляли $49,1 \pm 4,4$ г/л, эритроцитов $3,73 \times 10^9$ /л, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$. Послеоперационный период прошел без осложнений. В первые 2-3 месяца после операции показатели периферической крови значительно улучшились $98,2 \pm 5,2$ г/л, эритроциты $3,73 \pm 0,54$, цветной показатель $0,82 \pm 0,01$ при $P < 0,001$, $P < 0,001$ и $P < 0,02$ т.е. статистически достоверны. В шести случаях мы имели 10 и более наблюдений с хорошим исходом.

Гемолитический криз стал реже, самочувствие и работоспособность больных значительно улучшились по сравнению с дооперационным периодом.

Вывод: Таким образом, в большинстве случаев при лечении наследственных гемолитических анемий, обусловленных молекулярными дефектами гемоглобина. Спленэктомия может являться операцией выбора, поскольку спленомегалия рано и поздно осложниться портальным циррозом печени.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

*Солиев К.К, Ахмаджонова М, Солиев Д.К, Усманова У.И., Солиева М.О.
Андижанский государственный медицинский институт*

Гемофилия А наиболее часто встречающаяся форма случаев по сравнению с гемофилией В и С формой, и отличающейся сравнительно тяжелыми клиническими течениями.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 31 семья с диагнозом гемофилия с 43-мя больными. Первые проявления заболевания в возрасте от 1 года 14 (32,6) из 43 больных, от 1 до 2 лет -

16(37,2%),от3до5лет-9(21%),от6до10лет-2
(4,6%)иудвухбольныхзаболеваниепротекаловскрытойформе.

Результаты исследования. Больные с кровотечениями из слизистой полости рта и носа составляли 7(16,3%)из 43 с внутрисуставными кровотечениями -16 (37,6%), с подкожными и внутримышечными кровотечениями -16(37,2%), из мочевыводящих путей-1(2,3%) и желудочно-кишечными кровотечениями -3(6,6%). Из 43 больных у 2-хбольныхгемофилиейжелудочно-кишечнымикровотечениями,которыесопровождалисьпрофузнымииугрожающими жизни больного кровотечениями, резким снижением АД до 60\40 мм.рт ст, гемокрита до 13 об % иухудшениями общего состояния больного; наступила тошнота, рвота сгустками крови, черный, дёгтеобразной стул;общегемостатическая терапия в виде викасол, кальций хлор, эпсилон аминокaproновой кислоты почти не давалиэффекта. Немедленно предпринята замещающая терапия недостающего VIII фактора свёртывающей системы крови.Трансфузиякриопреципитата4-5дозииантигемофильныйглобулин(АГГ)ежедневнодоостановкикровотеченияивливание однокрупной эритроцитарной массы по показаниям кровотечения, холод на живот и другие экстренныемероприятия.

Выводы. Таким образом, больные гемофилией А, С с желудочно-кишечными кровотечениями требуетнеотложнойпомощиввидезамещающейнедостающегоорганизмебольногоVIIIфактора,-многократнойтрансфузии криопреципитата, антигемофильного глобулина(АГГ), свеженативной плазмы крови, комбинации сдругимигемостатическимипрепаратами.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ У ДЕТЕЙ.

Соломонник О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Острые кишечные инфекции сопровождаются изменениями в системе гемостаза, которые носят фазовой характер и протекают по типу тромбгеморрагического синдрома (ТГС).

Цель исследования. Влияние обезвоживания и интоксикации на клеточное звено гемостаза при острой дизентерии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 56 больных острой дизентерией в возрасте от 5 до 15 лет, распределение больных проводили по тяжести течения и степени обезвоживания. Диагноз острая дизентерия у этих больных был подтвержден выделением шигелл из испражнений. Тяжелое течение болезни наблюдалось у 7 больных, выраженных признаков обезвоживания у них не было. Среднетяжелое течение болезни установлено у 32 больных, из них у 11 развилось обезвоживание II-степени, у 21 больного среднетяжелое течение болезни не сопровождалось развитием обезвоживания. Легкое течение болезни без признаков обезвоживания отмечено у 17 больных. Параметры гемостаза исследовали при поступлении больных в стационар (1–3-й день болезни) и в период реконвалесценции (6–12-й день болезни). Определяли время рекальцификации плазмы, протромбиновое время, в содержание фибриногена уровень гепарина и антитромбина 111, фибрина и параметры тромбоэластограммы (ТЭГ). При тяжелом течении острой дизентерии локальные геморрагические проявления в виде примеси крови в испражнениях и геморрагий на слизистой оболочке прямой кишки наблюдались у всех больных. В 1-й день болезни у них отмечались признаки гиперкоагуляции, что проявлялось укорочением временных параметров ТЭГ, укорочением времени рекальцификации плазмы, протромбинового времени, увеличением содержания фибриногена. В то же

время повышалась активность гепарина антитромбина 111 . Коагуляционный потенциал крови был повышен на протяжении всего срока наблюдения, что соответствовало клиническим проявлениям: примесь крови в испражнениях отмечалась до 4–12-го дня болезни. Длительность гиперкоагуляции при этап по видимому обусловлена развитием местного воспалительного–геморрагического процесса. Среди больных со среднетяжелым течением острой дизентерии была выделена группа с признаками обезвоживания 11 степени. У большинства из них при поступлении в стационар отмечались укорочение временных параметров ТЭГ(г и К), что указывало на переход 1 фазы ТГС во 11. В период реконвалесценции у большинства больных основные параметры гемостаза восстанавливались до нормы. Быстрое развитие ТГС у этих больных с ранним переходом во 11 фазу соответствовало клиническим особенностям болезни протекавшей по типу гастроэнтерита. У больных ОД с легким течением болезни при поступлении в стационар отмечались признаки гиперкоагуляции по всем показателям гемостаза. В период выздоровления сохранялась тенденция к укорочению временных параметров ТЭГ, что указывало на наличие ТГС в данной группе.

Таким образом развитие ТГС мы наблюдали у больных всех групп. Выявлена зависимость нарушений в системе гемокоагуляции от тяжести течения болезни.

Выводы:

1. При острой дизентерии нарушения в системе гемостаза протекает по типу ТГС и отражают тяжесть течения и степень обезвоживания.
2. Больных с тяжелым течением болезни и обезвоживанием нарушения реологических свойств крови в сочетании с выраженными гемокоагуляционными сдвигами , могут приводить к развитию тромбгеморрагических осложнений.

SPECIAL PREVENTION OF CORONAVIRUS COVID-19 IN ADULTS.

*Solomonnik O.N.
Andijan State Medical Institute*

The ongoing pandemic of COVID-19 infection in the world has not bypassed our country, Uzbekistan. This infection has completely changed the way people live, causing great damage to people, causing many difficulties in people's living conditions.

The most effective way to prevent a pandemic is by creating an immune layer of this population. There are two ways to do this, the first is when 70-80% of the population is infected with the disease, this method is considered dangerous and the pressure is on medicine, and the second way is to vaccinate the population against this disease. The most effective way to combat common infectious diseases is vaccination. This treatment is simple and safe, activates the body's natural defense mechanisms and strengthens the immune system. According to the analysis of the World Health Organization, vaccination against infectious diseases prevents the death of up to 3 million patients each year. Active immunization is needed to prevent epidemics and pandemics and to create an immune layer among the population. The importance of vaccination in preventing the spread of many infectious diseases and the recurrence of some patients (influenza) is immeasurable. Acute respiratory diseases, including coronavirus infection, maintain short-term (3-6 months) immunity after infection. Therefore, the spread of the disease is prevented if the population is vaccinated in order to prevent re-infection-epidemic. In the Russian Federation, two vaccines for the prevention of new coronavirus infection COVID-19 have been registered in adults aged 18 to 60 years, which form humoral and cellular immunity against SARS-CoV-2:

- On August 11, 2020, the combined vector vaccine was registered (Gam-COVID-Vac),

- On October 13, 2020, a vaccine based on the peptide antigen was registered ("EpiVac Corona").

Combined vector vaccination (Gam-COVID-Vac) is obtained through biotechnology in which the SARS-CoV-2 virus is not used. The drug consists of two components: a recombinant adenoviral vector based on the human adenovirus serotype 26 carrying the S-protein SARS-CoV-2 (component I) gene and a recombinant adenoviral vector based on the human adenovirus serotype 5 carrying the S-protein SARS-CoV gene. 2 (component II). The vaccine should be stored in a dark place at a temperature not exceeding minus 18 ° C. The dissolved drug can be stored for more than 30 minutes. Vaccination is carried out in two stages: first, component I in a dose of 0.5 ml, then after 3 weeks, component II in a dose of 0.5 ml. The drug is injected intramuscularly into the upper third of the outer surface of the shoulder, if not possible, into the lateral muscle of the broad muscle.

The vaccine is stored frozen at a temperature of - 20 to - 70 ° C. The vaccine is administered intramuscularly at a dose of 0.5 ml twice a day for at least 14-21 days to the upper end of the outer surface of the shoulder, if not - to the lateral muscles of the broad muscle. The effectiveness of the Russian vaccine Sputnik V is 75-78% at the first vaccination, and 92-98% after 2 weeks of the second vaccination. 7-8 days after the first vaccination, the body begins to produce antibodies against the disease, and in the second vaccination 1-2 days after the onset of immunity. On the day of vaccination, the patient should be checked for medical temperature by mandatory body temperature measurement. If the body temperature exceeds 37 ° C, the vaccine is not given.

After vaccination, the patient should be monitored by a medical professional for 30 minutes. In Uzbekistan, the Chinese (ZF 2001) ZF2001 Anhui Zhifei Loncom vaccine has successfully passed 3 stages of clinical trials, and a large number of people are being vaccinated. The vaccine recommended by the World Health Organization (COVAX - Coronavirus Vaccine Mechanism) must be stored in the United States - Pfizer vaccine produced by BioNTech - 70 0 C and in 35 cases of adverse effects of mass vaccination in Serbia, and stored at -70 degrees. , The Russian Sputnik vaccine had an adverse effect in 1 case, and the Russian vaccine - 20 0. With this in mind, we believe that the Sputnik vaccine would be appropriate for our country to be vaccinated.

НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Таджиев Б.М., Динмухаммадиев Н.А., Мирхашимов М.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Ташкент

Актуальность: В мире имеется более 37 млн людей живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ). Из них 1,7 млн [1,2 млн - 2,2 млн] дети в возрасте от 0 до 14 лет. В Узбекистане ЛЖВ составляют 45 тысяч человек, 14% (6,3 тыс) от общего числа зараженных – молодежь до 18 лет. С появлением АРТ ожидаемая продолжительность жизни ЛЖВ приближается к таковой у людей без ВИЧ инфекции. В то время как в эпоху до АРТ основными причинами легочных осложнений у ЛЖВ были инфекционные заболевания, с момента внедрения АРТ распространенность неинфекционных легочных заболеваний увеличилась. По мере того, как ЛЖВ доживают до более старшего возраста, распространённость хронических заболеваний легких (ХЗЛ) среди них становятся все более значительным. Эти неинфекционные заболевания часто возникают в более молодом возрасте, чем у неинфицированных ВИЧ, и число случаев заболевания растет, особенно в возрастной группе 30–49 лет, что указывает на медленное прогрессирование заболевания. Появление спирометрии привело к интенсивному изучению нарушений

функции легких у ВИЧ-инфицированных детей. ХЗЛ связанные с ВИЧ, распространены среди детей с ВИЧ инфекцией. Измерение функции легких с помощью спирометрии может помочь в изучении патофизиологии дыхания у ВИЧ-инфицированных детей и мониторинге прогрессирования ХЗЛ.

Цель исследования: определение частоты встречаемости различных нарушений вентиляционной функции лёгких (ВФЛ) у детей с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы: Обследована вентиляционная функция лёгких у 179 детей с подтвержденной ВИЧ инфекцией с помощью портативного спирометра Contec SP80B. Спирометрия проведена на основании рекомендаций Российского респираторного сообщества (2021). Для расчета результатов использовался калькулятор предоставленный на веб-сайте Global Lung Function Initiative (GLI) - <http://gli-calculator.ersnet.org/index.html>. Z-шкалы, рассчитанные на этом сайте, использовались для определения изменений функции легких для объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера), максимальной объёмной скорости при выдохе 75% ФЖЕЛ (МОС75), средней объёмной скорости от 25 до 75% ФЖЕЛ (СОС25-75).

Результаты: Средний возраст детей составил 15,9 (медиана 16,088, межквартильный интервал 15,154-17,065). 134(75%) и 41 (23%) из них находились в третьей и четвертой клинической стадии ВИЧ-инфекции соответственно. 1 и 3 ребенка находились в первой и второй клинической стадии соответственно и достигли 2%. У 66 (37%) детей хотя бы один из измеренных показателей ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ, МОС75 и СОС25-75 с различной достоверностью были ниже нижней границы нормы. Среди них дети с 2, 3 и 4 клиническими стадиями ВИЧ инфекции были 1 (2%), 49 (74%) и 16 (24%) соответственно. Показатели ОФВ1, ФЖЕЛ, МОС75 и СОС25-75 ниже нижней границы нормы определялись у 30(45%), 56(85%), 10(15%) и 16(24%) детей соответственно. Достоверно низкими были показатели ОФВ1, ФЖЕЛ и СОС25-75 ($p < 0.001$). Полученные низкие показатели МОС75 были недостоверны ($p > 0,3$). 62 (94%) детей имели показатель ОФВ1/ФЖЕЛ завышенный или в пределах нормы ($p < 0,001$). Степень тяжести нарушений ВФЛ у более чем 50% детей с нарушением ВФЛ ($n=66$) по каждому из показателей названных выше были умеренными, легкими или незначительными.

Выводы: Выявлена достоверно высокая частота встречаемости показателей ФЖЕЛ $<z < -1.645$ в комбинации с частым измерением показателей ОФВ1 $<z < -1.645$, а также показателя ОФВ1/ФЖЕЛ завышенных или в пределах нормы у подавляющего большинства детей. Это приводит к выводу что у детей с ВИЧ инфекцией с нарушением вентиляционной функции лёгких характерны рестриктивные изменения. Эти изменения находятся в начальной стадии или близкой к нему и нуждаются в более тщательном наблюдении.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ташкенбаева У.А.¹, Клеблеева Г.Д.²

Ташкентская медицинская академия¹

Самаркандский государственный медицинский университет²

Цель: изучить особенности течения дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были выявлены и изучены кожные проявления после

перенесенной коронавирусной инфекции. После начала пандемии нами были выявлены, описаны и находились под наблюдением 138 больных, после перенесенной COVID-19 инфекции. У 108 больных наблюдались кожные изменения, 30 больных, без кожных изменений после COVID-19, составили контрольную группу. Из 108 больных 49 больных ранее страдали различными дерматологическими патологиями, у 61 больного до коронавирусной инфекции кожа была интактна.

Результаты. У 11 (10,2%) больных до проявления признаков коронавирусной инфекции появились различные кожные изменения. В подавляющем большинстве случаев (62,9%) кожные проявления COVID-19, совпадали с клинической манифестацией болезни. У части больных (26,9%) кожные проявления появились после клинического выздоровления. Мужчины составили 72, женщины 36 больных. Средний возраст больных составил $54,2 \pm 12,3$. Основными дерматологическими проявлениями после коронавирусной инфекции были алоpecia – 24,07%, акродерматит 13,89%, папулосквамозные высыпания - 21,29% больных, крапивница - 12,05%. папуло-везикулезные высыпания - 12,96% и герпетические высыпания 15,74%.

Заключение. Являясь относительно новой патологией, коронавирусная инфекция ввиду полиорганного характера поражения организма, обладает множеством клинических проявлений, в том числе и дерматологических, изучение которых до настоящего времени ещё остаются предметом исследований.

АНАЛИЗ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ташкенбаева У.А.¹, Клеблеева Г.Д.²

Ташкентская медицинская академия¹

Самаркандский государственный медицинский университет²

Цель: изучить изменения микроэлементного статуса дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были выявлены и изучены кожные проявления после перенесенной коронавирусной инфекции. После начала пандемии нами были выявлены, описаны и находились под наблюдением 138 больных, после перенесенной COVID-19 инфекции. У 108 больных наблюдались кожные изменения, 30 больных, без кожных изменений после COVID-19, составили контрольную группу. Из 108 больных 49 больных ранее страдали различными дерматологическими патологиями, у 61 больного до коронавирусной инфекции кожа была интактна. В нашем исследовании для изучения микроэлементного статуса проводился спектрометрический анализ биологических материалов на ядерном реакторе ВВР-СМ в ИЯФ АН РУз.

Результаты. Содержание цинка в организме наших больных составило в среднем 110 ± 25 мкг/г (при норме 150-250), хлора 2100 ± 200 (при норме 1000-2000), брома $3,6 \pm 0,7$ (при норме 1.5-3.5), меди 18 ± 5 (при норме 20-35). В то время как в контрольной группе данные показатели составляли: цинк 125 ± 37 , хлор 1400 ± 350 , бром $2,1 \pm 0,9$, медь $23 \pm 4,5$ соответственно.

Заключение. Согласно полученным данным, можно отметить повышение таких токсичных для иммунитета элементов как хлор, бром, в организме больных с кожными проявлениями после перенесенной SARS-CoV-2 инфекции. Напротив, в группе контроля все показатели были в пределах нормы. В контрольной группе отмечалось некоторое снижение показателей содержания цинка и меди.

ЧАП ҚОРИНЧА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СТАТИНЛАР ВА МЕТАБОЛИК ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

*Таштемирова И.М., Юсувалиев М.Д., Қодирова Г.И., Лутфуллаев У., Набиев У.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) бутун жаҳон бўйича, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб қолмоқда. ЮИК нинг 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 очик. Кўп адабиётларда ва ҳозирги замон тиббиётида липидлар спектрига ижобий таъсир килувчи самарали дори воситаларидан бири статинлар деб айтилмоқда. Биз текширувларимизда ЮИК кузатилган беморларга 12 ҳафта мобайнида одатий давога қўшимча равишда Мертенил 20 мгр ва тиотриозолин 2,5%-4мл в/и билан даволаш ўтказдик. Даволашдан сўнг олинган натижалар липидлар спектрини яхшиланганлигини кўрсатган. Умумий холестерин-37.5%, триглицеридлар-39%, паст зичликдаги липопротеидлар-34%, жуда паст зичликдаги липопротеидлар кўрсаткичи 24 %га пасайган ($p<0.05$). Юкори зичликдаги липопротеидлар эса олдинги кўрсаткичларга нисбатан 26,2%га ошган. Атерогенлик индекси 26,7%га даволашгача бўлган кўрсаткичлардан пасайган. Бизнинг текширишларимиз статинларни сезиларли антиоксидант хусусиятлари борлигини, малоноводиальдегид даражасини пасайтириши орқали кўрсатди. Унинг миқдори даволашгача бўлган кўрсаткичлардан 48,8%га пасайган ($p<0,001$). Илмий изланишлар шунини кўрсатдики липидларнинг пероксид оксидланиш жараёнлари ва дислипидемия ҳолатларида статин ва метаболик даво билан биргаликда ўтказиш ижобий натижалар беради.

Хулоса: Шундай қилиб чап қоринча диастолик дисфункцияси аниқланган ЮИК билан хасталанган беморларда Мертенил 20 мгр ва тиотризолин билан даволашдан сўнг липидлар спектрини яхшиланишига ва МДА даражасини пасайишига олиб келди. Липид алмашинувини яхшилаш учун эса профилактик ва даволаш тадбирларини ўтказишда статинларларни меъерий дозасини қўллаш самарали натижа беради.

COVID 19 БИЛАН ИНДУЦИРЛАНАГАН ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИ БУЗИЛИШИ

*Таштемирова И.М., Лутфуллаев У., Хужамбердиев М.А., Қодирова Г.И.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Кириш: БЖСТ маълумотига кўра юрак-қон-томир касалликлари ичида ўлимнинг асосий қисми гипертония касаллигига (ГК) тўғри келади. Шунинг учун бу касаллик XXI аср тиббиётининг асосий муаммоларидан биридир. Кўп ҳолатларда ГК, хатарли омилларнинг биргаликдаги таъсири сабабли ривожланиши мумкин, шулар қаторига қон зардобдаги паст зичли липопротеидлар (ПЗЛП) миқдорини ортиши киради. Гипертония касаллиги жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, дунё аҳолисининг меҳнат қобилиятини вақтинчалик ёки бутунлай йўқотиши ва тўсаддан ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Максади: Covid 19 билан индуцирланаган гипертонация касаллиги билан огриган беморларда липидлар спектрини ўрганиш.

Олинган натижалар: Жаъми 34 та беморлар текширувга олинди 3 гурухга бўлиб олинди. I гурух – назорат гурух (12 та) соғломлар, II гурух –ГК билан хасталанган беморлар (10 та). III гурух – Covid 19 билан индуцирланаган гипертонация касаллиги билан огриган беморлар (12 та). Беморларнинг ёши 29-69 ёшгача бўлиб ёш ўсиб борган сари касалликни учраш частотаси ҳам ўсиб борган.

Бизнинг текширишларимиз мобайнида куйидагича натижалар олинди. II-гурухда УХС-5,88±0,1ммоль/л, назорат гурухга нисбатан 34,4%га ошган. ТГлар микдори II-гурухда I-гурухга караганда 11,8%га ортган. ЮЗЛП II-гурухда назорат гурухга нисбатан 18,1%га пасайган. ПЗЛПлар 3,1±0,07ммоль/лгача сезиларли бу I-гурухга нисбатан 46,3%га ошганлиги аниқланди. АИ кўрсаткичи 3,03±0,07 бирлик, бу I-гурухга нисбатан 38%га юқори (P<0,05). III-гурухда қон зардобидаги липидлар спектри текширилганда куйидагича натижалар олинди. УХС – 66%; ТГ – 58,3%; ПЗЛП – 69,2%; ЮЗЛП– 15,9%; атероген-индекс 82%га II ва III- гурухларга нисбатан ошганлиги аниқланди.

Хулоса: Шундай қилиб, Covid 19 билан индуцирланаган гипертонация касаллиги билан огриган беморларда липидлар спектрининг сезиларли ўзгаришлари аниқланди. Қон зардобида умумий холестерин ва ПЗЛПнинг ортиши ва ЮЗЛПни камайиши билан номоён бўлди. Бу текширишлар касалликни олдини олиш ва бу хасталиқда статинларни тавсия этишга кўрсатма бўлади.

ПРАВОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД COVID-19

Тошматова В.И., Гафурова Н.Э.

Ташкентский государственный юридический институт, Ташкент, Узбекистан

С появлением коронавирусной инфекцией, главной задачей всех стран, стало соблюдение международных норм прав человека. COVID-19 вызвал экономический и гуманитарный кризис во всем мире. Проведенные исследования показывают наличие связи между неравенством в психосоциальных, экономических, экологических, образах жизни, поведенческих, экспериментальных, технологических и биологических факторах и здоровьем, которые могут способствовать неравенству в отношении здоровья при вновь выявленной вирусной инфекции.

Мгновенное реагирование Организации Объединенных Наций привело к разработке руководства с рекомендациями, сосредоточенными на обеспечение наличия, доступности и качества медицинской помощи. Важнейшим рекомендательным меморандумом, стал документ «Комплексного реагирования системы ООН на COVID-19», который стимулирует меры регулирования помощи людям оставшихся без средств к существованию, обеспечение помощью уязвимых слоев населения и состоящих на длительных курсах лечения по основному заболеванию.

Главной рекомендацией стало обеспечение всех слоев населения питьевой водой, доступу к продовольствию и санитарной защищенности. Значительная роль была отведена группам лиц, включая мигрантов, беженцев, людей, живущих в нищете, женщин и детей инвалидов, а также лиц, находящихся под стражей и в специализированных учреждениях. Существенным является обеспеченность людей доступной и надежной информацией о путях заражения инфекцией и ее лечения, в этом случае говорится о передаче информации на понятном языке, в том числе для коренных народов и меньшинства, людей с нарушениями слуха и зрения. Расовые и этнические меньшинства подвергаются большому риску неадекватного доступа к медицинским

учреждениям, отсутствия медицинской страховки и получения менее качественной медицинской помощи из-за расовых предрасположений и дискриминации.

Для смягчения последствий и быстрого восстановления после коронавирусной инфекции закреплены меры по принятию мер и обеспечению всеобщего доступа к медицинским услугам, сотрудничества в разработке вакцины и курса лечения в таком документе, как Международное сотрудничество в целях обеспечения глобального доступа к лекарствам, вакцинам и медицинскому оборудованию для противодействия COVID-19 (20 апреля 2020 года). Приняты различные резолюции и поставлены задачи по искоренению нищеты и неравенства, а также основополагающих проблем в области прав человека, которые сделали нас уязвимыми перед пандемией и значительно усугубили ее последствия, с целью построить более инклюзивный и устойчивый мир, в том числе для будущих поколений.

Увеличение использования и признание телемедицины из-за пандемии COVID-19 делает ее более удобной для многих пациентов, которые живут вдали от специализированной помощи. Увеличение использования телемедицины и расширение возмещения расходов на телемедицину произошло во время пандемии COVID-19. Телемедицина может уменьшить или усугубить неравенство в отношении здоровья.

Особенно страдают пациенты с более низким уровнем жизни, проживающие в районах с ограниченным доступом к широкополосному Интернету или имеющие низкую техническую грамотность. Исследователи предполагают, что женщины, пожилые, более бедные и не говорящие по-английски пациенты наиболее уязвимы для несправедливости в повседневной амбулаторной помощи из-за несправедливого доступа к телемедицине в нынешнюю эпоху COVID-19.

Недавнее обсервационное исследование показало, что чернокожие люди с большими размерами домохозяйств и почтовыми индексами, определяющими их как имеющих более низкий средний доход, реже использовали телемедицину. Пациенты с ограниченным знанием английского языка использовали телемедицину более чем на 50%, что могло быть связано с целым рядом причин, требующих дальнейшего исследования. Во время пандемии некоторые потенциальные компоненты включали неудовлетворительные или недоступные услуги виртуального переводчика, потерю страховки, неудобства поставщиков услуг виртуального переводчика, недоверие пациентов, озабоченность конфиденциальностью, барьеры планирования и незнание того, что услуги переводчика необходимы на этапе планирования.

Необходимы более скоординированные процессы по регулированию прав человека во время пандемии, чтобы упростить и улучшить качество обслуживания пациентов, нужна юридически оформленная структурированная электронная документация, а также предоставление полного пакета услуг во всех точках контакта стран с развитой системой здравоохранения.

ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН КОМОРБИД КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА ЭХОКАРДИОГРАФИК КЎРСАТКИЧЛАР

Тошов С. С., Камилова У. К.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий маркази, Бухоро, Тошкент, Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Ўпка сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) нинг артериал гипертензия (АГ) билан коморбид келган беморларда эхокардиографик кўрсаткичларини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқотга 40 ёшдан 60 ёшгача бўлган (ўртача ёши $51,6 \pm 5,3$ йил), 69 нафар ЎСОК билан касалланган беморлар жалб этилди.

Касалликнинг давомийлиги $7,2 \pm 3,4$ йилни ташкил этди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ - ЎСОК ташхиси қўйилган 33 нафар бемор ва 2-гуруҳ – ЎСОКнинг артериал гипертония билан коморбид кечиши кузатилган 36 нафар бемордан иборат.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ЎСОК билан касалланган беморларда эхокардиографияда ўнг қоринча деворининг $>0,5$ см қалинлашиши аниқланди: ЎСОК гуруҳида у 52,8%, ЎСОК + АГ - 84,9% беморларда кузатилди. ЎСОК + АГ бўлган беморларда юрак ўнг қоринчаси гипертрофияси ривожланишининг нисбий учраши ЎСОК билан оғриган беморларга қараганда 1,5 барабар юқори эди. ЎСОКнинг оғир ва ўта оғир кечишида эхокардиографияга кўра *cor pulmonale* ривожланиши 85,7% ҳолатда ва ЎСОК + АГда 80,7% ни ташкил этди. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, даволанишдан олдин эрта диастолада тўлдириш тезлигининг пасайиши юрак ўнг қоринчаси гипертрофияланган миокардининг бўшаши бузилиши билан боғлиқ бўлиб, бунинг натижасида интравентрикуляр тўлдиришнинг пасайиши секинлашади ва бўлмачалар тўлдириш фракцияси ортади. GOLD ишчи гуруҳининг маълумотларига кўра, *cor pulmonale* одатда ЎСОК оғир кечишида, яъни форсирланган нафас чиқариш ҳажми 1 сонияда 0,6 ни ташкил этганда кузатилади, бу ҳолат фақат ўнг қоринча етишмовчилиги ва ЎСОК IV босқичи булган 6 нафар беморда кузатилган: улардан 2 нафари – ЎСОК ва 4 нафари ЎСОКнинг АГ билан коморбид ҳолатида. *Cor pulmonale* нинг яна бир кўрсаткичи - бу юрак ўнг қоринчасининг диастолик ва/ёки систолик дисфункцияси туфайли юзага келадиган ўнг қоринча етишмовчилигидир ва E'/A' нисбати пасайиши кузатилади.

Хулоса. ЎСОКнинг артериал гипертония билан коморбид келган беморларда эхокардиографик кўрсаткичларини баҳолаш ўнг қоринчаси гипертрофияси ва дилатацияси натижасида диастолик функция бузилиши билан тавсифланди.

К ВОПРОСУ ВКЛАДА МЕТЕОФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ (В ПРИМЕРЕ СОЛНЕЧНОГО СИЯНИЯ) В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Турсунов Х.Х., Курбонова Р.А.
АндГосМИ, Андижан*

Из данных различных исследований последних лет вытекает, что внезапная сердечная смерть (ВСС) представляет большую социально значимую проблему и поэтому, именно на предотвращение развития ВСС, а не на его лечение должны быть направлены основные усилия во второй декаде XXI века. Согласно доступным литературным результатам можно будет также заключить, что на частоту ВСС наиболее выраженное патологическое действие оказывают различные метеоклиматопогодные факторы. Однако, подобных исследований в современных климатических условиях Узбекистана практически нет и актуальной научной проблемой остается все более широкое изучение механизмов развития ВСС с учетом влияний метеофакторов.

Цель исследования явились – изучение вклада метеофакторов резкоконтинентального климата Ферганской долины в возникновении ВСС (в примере солнечно сияния).

Материалы и методы: клиника – метеорологические исследования осуществлялось в Фергане, который своими климато-метеорологическими характеристиками отражают всю особенности территории Узбекистана. В выбранной 1639 популяции – умерших изучалось влияние солнечно сияния (СС) на развитие ВСС с использованием методик Н.Р Деряпа и Г.М Данишевского.

Результаты и выводы: слабое влияние ($\leq 1,3$ часов) СС ассоциируется наступлением ВСС с минимальной частотой (не более 3,6%). «Ущербность» СС увеличивается в 7,3 (при её колебаниях в низких уровнях – от 1,4 до 8,7 часов) и 22,2 раза (при значительных колебаниях СС – от 9,8 до 14,3 часов); $P < 0,01$.

Особое возмущение СС приходится в период бодрствования с 7.00 до 14.00 часов и с 17.00 до 21.00 часов и в данные времени суток выявляемость случаев ВСС возрастает в 2,8 раза ($P < 0,01$). В целом, под влиянием СС в ночное время наступление ВСС (12,8%) резко увеличивается (до 87,2%) по сравнению с днём чуть меньше в 7 раз ($P < 0,001$). В соответственно к увеличению колебаний СС пика ВСС было зарегистрировано в ночные часы в отрезок времени от 21.00 до 02.00 часов (38,1%) и в 02.00 – 07.00 часов (44,8%; $P < 0,05$).

Таким образом, вклад СС при ВСС несомненна и считаем, что на этого метеофактора следует уделять должное внимание в реализации региональных хронотерапевтических и метофилактических программ среди населения и у больных с сердечно сосудистыми патологиями.

СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА УСТУВОР ХАТАР ОМИЛЛАРИ: ГИПОДИНАМИЯ ВА КИМЁВИЙ ВОСИТАЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ

*Турсунов Х.Х., Мамасолиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Каландаров Д.М.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқот мақсади – сийдик – тош касаллигининг (СТК) фермерлар популяциясида устувор хатар омилларини ажратиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Махсус эпидемиологик тадқиқотда 2478 та фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи (1270 та – эркаклар ва 1208 та аёллар) қишлоқ аҳолиси комплекс текширилди. ЖССТ тавсиялари қўлланилди, унифицирланган ва стандартизацияланган тадқиқот усуллари (сўровномали, инструменталь, биохимик, урологик, клиник) қўлланилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. Гиподинамия 53,0 фоиз фермерларда учрайди (18 – 30 ёшда – 39,0 фоиз, 31 – 49 ёшда – 56,0 фоиз ва 50 – 69 ёшда – 4,4 фоиздан; $P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,05$) ва бир оз зид маълумот - ≥ 70 ёшлиларда қайд этилмади (0,00 фоиз). Эркак – фермерларда 1,9 баробарга етиб (63,0 фоиз) аёл – фермерларга нисбатан (36,0 фоиз) кўпроқ тарқалиши частотаси билан аниқланади ($P < 0,005$). 18 – 30 ёшли эркак ва аёлларда – 69,0 фоиз ва 30,0 фоиздан ($P < 0,005$), 31 – 49 ёшлиларда – 59,0 фоиз ва 40,0 фоиздан ($P < 0,005$) ва 50 – 69 ёшлиларда – 68,0 фоиз ва 31,0 фоиздан ($P < 0,005$) қайд этилади.

Тадқиқот натижалари яна тасдиқладики, фермер – аҳоли гуруҳида дори – дармонларни суъистемол (шифокор назоратисиз) қилиш каби ятроген хатар омили хам (кимёвий воситаларни) мавжуд экан. Бу омилни умумий популяцияда (≥ 18 – 70 ёшли) тарқалиши частотаси 68,0 фоизни ташкил этади.

Демак, деярли 68,0 фоиз фермерлик фаолияти билан шуғулланувчи аҳоли ятрогениядан – нотўғри дори – дармонлар қабул қилиш хавфидан қафолатланишмаган.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Турсунова Д.А., Хайдарова Д.С.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Печёночная энцефалопатия – нейropsychическое расстройство, которое возникает при различных поражениях печени. Наиболее тяжелой стадией печёночной энцефалопатии является печёночная кома. У больных циррозом печени энцефалопатия частично обусловлена портосистемным шунтированием и печёочно-клеточной недостаточностью. Печёночная энцефалопатия встречается у 30-45% пациентов с циррозом печени, а также у 10-50% после трансъюгулярного шунтирования. Начальные проявления печёночной энцефалопатии обнаруживаются у 30-84% пациентов с печёночной недостаточностью. Это приводит к более частой госпитализации и повышенному риску летальности.

Цель исследования: оценить эффективность лечения пациентов с печеночной энцефалопатией

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 117 пациента с хронической печёночной недостаточностью, которые были распределены на четыре группы в зависимости от методов применявшегося лечения. У всех находившихся под наблюдением одним из ведущих синдромов являлась печёночная энцефалопатия. Для количественной оценки тяжести энцефалопатии были введены баллы от 0 до 4, которые соответствовали стадиям энцефалопатии. Была изучена эффективность и комбинация плазмообмена, консервативной терапии и молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы. Эффективность методов лечения оценивали по количеству пациентов с положительными изменениями показателя ментального статуса (тест связи чисел).

Результаты исследования: При поступлении в стационар у пациентов отмечалось заторможенность, замедленные реакции, апатия, неадекватное поведение, что свидетельствовало о тяжёлом токсическом поражении мозга. При этом наблюдалось увеличение времени выполнения или даже неспособность закончить тест связи чисел. У 3% из 16 пациентов, которые находились в группе, получавших консервативную терапию наблюдалось снижение времени выполнения предложенного теста. При проведении плазмообмена количество пациентов, у которых появлялась способность осмысленно и быстро выполнить тест связывания чисел, составляло 78,9% из 38 человек. Эффект применения молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы был более выраженным- 88,9% из 27 пациентов отмечалось снижение времени выполнения теста связывания чисел.

Выводы: По результатам исследования, пришли к выводу, что в отношении снижения тяжести печёночной энцефалопатии экстракорпоральные методы лечения, а именно плазмообмен, комбинация плазмообмена и лечение с использованием молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы, более эффективны по сравнению с проведённой консервативной терапией. Из экстракорпоральных методов лечения наиболее эффективным оказалось применение молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы по степени снижения тяжести печёночной энцефалопатии, чем лечение плазмообменом. В процессе использования экстракорпоральных методов лечения было установлено, что у определенных пациентов после сеансов лечения отмечается положительная динамика, обусловленная удалением из организма токсических веществ, а именно аспартатаминотрансферазы, что приводит к уменьшению степени выраженности печёночной энцефалопатии и улучшению ментального статуса пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЯ ПОЛИДЕКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Уктамов Д. Ш., Хайитов А. А.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: За последнее время заболеваемость синуситами возросла примерно в два раза, а число больных, госпитализированных по поводу патологии носа и околоносовых пазух, ежегодно увеличивается на 1,5-2%.

Целью исследования: явилась оценка эффективности назального спрей ПОЛИДЕКСА с фенилэфрином в комплексном лечении хронических верхнечелюстных синуситов.

Материалы и методы исследования: В основу научно-исследовательской работы вошло обследование 139 больных с ХВС, обратившихся в клинику ООО «Golden medical group». При оценке качества жизни пациента одной из основных жалоб являлась головная боль, выделения из носа, отекание слизи по задней стенке носо- и ротоглотки. Все пациенты были разделены на 2 группы, основная (n=77) и группа сравнения (n=62). Пациентам основной группы в комплексное лечение был включен препарат ПОЛИДЕКСА по 2-3 вбрызгивания в каждую половину носа 3 раза в день на протяжении 10 дней, в группе контроля проводилось стандартное лечение (назальные деконгестанты, антигистаминные препараты и др.).

Результаты: Оценку клинического лечения проводили на 10, 30 сутки и через 6 месяцев согласно разработанной нами анкете-опроснику.

Выводы: В исходе лечения с помощью назального спрея Полидекса с фенилэфрином наблюдаются выраженные положительные сдвиги. При динамическом наблюдении риноскопических изменений наиболее явное снижение симптомов отека слизистой оболочки полости носа и сужения просвета носовых ходов, уменьшения количества патологического назального секрета, было у пациентов принимавших препарат Полидекс с фенилэфрином, по сравнению с группой сравнения.

Разница в качестве жизни между двумя группами составила в среднем 12-18 баллов, что означает о более высоком качестве жизни пациентов основной группы по сравнению с группой контроля, а также о высокой эффективности препарата ПОЛИДЕКСА спрей с фенилэфрином в комплексной терапии ХВС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕТАЛЬНОЙ ЭКГ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Уктамова Ю.У., Бектемирова Ш.Х., Худоярова Д.Р.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Актуальность: Интранатальная гипоксия плода является наиболее важной проблемой в акушерстве. Введение родов с интранатальной гипоксией необходимо проводить с безопасностью для матери и плода. Главным приоритетом в этом вопросе является своевременное родоразрешение. В настоящее время существует много методов диагностики гипоксии и одним из наиболее распространенных является трансабдоминальная ЭКГ плода. Доказано, что в ответ на острую и хроническую гипоксию у плода нарушаются функции проводимости и сократимости сердечной мышцы.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения ЭКГ плода.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 123 рожениц, которые обратились в родильное отделение 1 Клиники СамГМУ. Были отобраны роженицы по следующим критериям: интранатальная гипоксия плода, патология кардиотокограммы,

головное предлежание в первой позиции, срочные роды. Были разделены на две группы. Из них 78 роженицам проводилось УЗИ плода, 45 согласились на ЭКГ плода. Для последующей оценки применялись методы медицинской статистики.

Результаты исследования: Среди рожениц первой группы диагностированы на УЗИ признаки внутриутробной гипоксии плода на более поздних сроках (78%). В то время как ЭКГ плода выявлял признаки наступающей гипоксии на ранних сроках (22%). К этим признакам относились удлинение интервала PQ. Это привело к своевременному профилактическому лечению внутриутробной гипоксии и естественному родоразрешению (31%). Первой же группе рожениц из-за позднего диагностирования провели операцию кесарево сечение (69%). По шкале Апгар новорождённые родильниц второй группы рождались с 7-8 балами (33%), а первая группа 5-7 баллов (67%).

Выводы: ЭКГ плода является наиболее эффективным методом профилактики внутриутробной гипоксии плода. При диагностировании гипоксии проводится соответствующее консервативное лечение, включающее в себя постельный режим, сосудорасширяющие средства, аминокислотные и белковые препараты. Это улучшает снабжение ребёнка кислородом, что чаще приводит к своевременному родоразрешению через естественные родовые пути. В конечном итоге, рождаются доношенные дети.

ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА МАЛЬТОФЕР ПРЕПАРАТИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА ҚЎЛЛАНИШИ

Умарова М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Темир танқислиги камқонлигини даволашда хозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлигига қарамай, темир танқислиги камқонлигини даволаш эффективлиги енгил ва ўртача оғир шакллари ўсиш суръатини ортиши бу касалликни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу касалликларда меъда-ичак трактини ферментатив фаолиятини стимуллаш темир танқислиги камқонлигини даволаш эффектив усуллари билан бири булиши мумкин.

Мақсад. Ушбу ишнинг мақсади темир танқислиги камқонлигини даволашда мальтофер билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини аниқлаш.

Натижалар. Темир танқислиги камқонлигини даволашда мальтофер билан биргаликда аскорбин кислотасини қўллаш эффективлигини 9 ёшдан 15 ёшгача бўлган 50 та темир танқислиги билан касалланган беморлар текширилди. Барча беморларда темир танқислиги камқонлигини гемоглобин миқдори 100 г/л дан паст, эпителиал, астеноневротик, махаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган беморларни 25тасига фақат мальтофер берилди, қолган 25 тасига мальтофер препарати 2%ли аскорбин кислотаси эритмаси билан қўлланган. Жами муолажалар 10 кунни ташкил этди. Барча беморларга Мальтофер препарати ёшига мос равишда 5 мг/кг дан кунлик дозани ташкил этган ҳолда тавсия этилган. Мальтофер препарати ва аскорбин кислотаси 2% эритмаси қўлланилганда ноҳўя таъсирлар кузатилмаган. Мальтофер билан 2% аскорбин кислотасини биргаликда энтерал йул билан қўлланилган 25та беморда қон кўрсаткичини даволашни 6-7 куни ижобий ўзгаришларига олиб келиб, беморларда терининг ва шиллик пардаларнинг рангпарлиги, терини қуруқлиги ва терини тулаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, ангуляр стоматит белгилари астеноневротик ва эпителиал синдромлари фақат мальтофер қўлланилган гуруҳга нисбатан эртарок ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса. Шундай килиб, темир танқислиги камқонлигини даволашда мальтофер билан биргаликда аскорбин кислотасини қўлланилганда темир танқислиги камқонлигини белгиларини эртароқ барҳам топилишига олиб келади.

КОРРЕКЦИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (КДГК) У БОЛЬНЫХ В РАЗНОМ ВОЗРАСТЕ

Уралбоев И. Э, Хамдамов М.М. Шадиева Х.Н
Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр,
Самаркандского медицинского института.

Актуальность. (КДГК) сложный врожденный порок развития. Выраженный анатомический, косметический дефект и нарушение физических и психических развитий

Цель исследования: определить эффективность консервативного и оперативного лечения КДГК у детей.

Материал и методы исследования. В ортопедии ОДММЦ с 2016 по 2022 гг. под наблюдением и лечением находилось 747 больных с КДГК. Из них 527 (70.5%) мальчиков и 220 (29.5%) девочек в возрасте от 4 до 23 лет. По классификации Г.А.Баирова (Федерация России 1983г), Парк.Х.Ж (Park H J) Южная Корея.

В зависимости от типа были выявлены манубриокостальный тип у 172 (23.0%) детей; корпокостальный тип – 235 (31.5%) из них:(пирамидальный-163(21,8%); круглая грудь -72(9.6%)); реберный тип – 340 (45.5%) больных.

По степени деформации больные были распределены:

I ст.-137(18.3%), II ст.-326(43.6%), III ст.284(38.0%) больных.

Симметрический тип у 437(58.5%), асимметрический у 235(31.5%),

смешанном форме (по Парку) у 51(6.8%) и верхний тип 24(3.2%) больных. Все больные проходят комплексное клиническое обследования стационаре и амбулаторных условия. Проводились консервативные и оперативные методы лечения у 685(91.7%) больных.

До 2018г показаниями к консервативному методу лечения у больных являлись косметический дефект и внутригрудное давление ($p < 10\text{kg}$ по классификации М.Yuksel, Стамбул, Турция). С 2018 года применяли ортезы из Узбекистана которые компрессирующее сила до 25 кг, преимущество ортеза нам дали увеличение высокого коэффициента консервативного лечение КДГК.

При консервативном методе лечения применялись у 611(81.8%) больных компрессирующие ортезы (производства Турции, М.Yuksel 2010г) и компрессирующие ортезы (производства Узбекистан 2018г).

Показаниями к операции килевидной деформации грудной клетки являлись высокое внутригрудное давление (с $p \geq 20-25$ и более $p \geq 25$ кг по классификации М.Yuksel, Стамбул, Турция 2010г), высокая ригидности грудины и не корригируемая деформация консервативным путем, (16-19 лет) и старшей группы 74(9.9%) больных. Из них: У 45(6.0%) использовали малоинвазивный способ Абрамсона, у 29 (3.9 %) малоинвазивный способ Сэндвича –II.

Результаты через 10–12-16 месяцев: после консервативного лечения у 509 детей (68.1%) расценивались как хороший результат, у 92 (12.3%) детей — удовлетворительное, у 10(1.3%) больных продолжение ношение ортезов повторно; После оперативного лечения у 51 детей (6.8%) оценивались хороший результат, у 18 (2.4%) детей — удовлетворительное, у 5(0.7%) больных выявлено отхождение фиксирующей проволоки. В этих наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом.

Отмечалось выравнивание грудины и формы грудной клетки, улучшение функциональных показателей сердечно-дыхательной систем. Выявлено

удовлетворительное лечение косметического дефекта грудной клетки и улучшение психики пациента.

Заключение. Лечение детей с КДГК по предложенной методике позволило получить высокий процент хороших результатов.

REPAIRING OF CHEST-WALL DEFORMATION IN CHILDREN (PECTUS CARINATUM).

Uralboev I.E., Khamdamov M.M., Mamutova E.C.

State Children Multibranch Medical Center (SCMMC), Samarkand, Uzbekistan.

Topicality. PC is a complex congenital defect, expressed anatomic and cosmetic defect and disorder of physical and psychiatric growths.

Research objection: determine efficiency of conservative and surgical repair of PC in children.

Matter and methods. In Children-Orthopedic Department 637 children with PC have been under care and observation since 2016. From them 447(70.2%) boys and 190 (29.8%) girls from 4-19 ages. According to G.A.Bairova's classification (Russia, 1983), H.J. Park (South Korea).

According to types they were divided into: monubriocostal in 133 (20.9%) children; corpopostal - 208 (32.6%) (from them pyramidal -159(24,9%); round chest-49(7,7%)); rib type- 296 (46.5%).

By level of deformation they were divided into: I-level 107(16.8%), II-level 286(44.9%), III-level 244(38.3%) patients. Symmetric type is in 341(53.5%), asymmetric in 225(35.3%) and mixed form (H.J.Park's classification) in 49(7.7%) and upper type in 22(3.4%). All patients have been passing complex clinic observation in hospital and outpatient setting.

556(87.2%) patients were treated conservatively and surgically.

Evidence to conservative treatment was cosmetic defect and intrathoracic pressure ($p \leq 10$ kg by M.Yuksel's, Turkey) till 2018. Since 2018 we have been using orthosis made in Uzbekistan whose compressing power up to 22kg, advantages of them they gave us to get high coefficient of conservative PC repair.

During conservative treatment 482(86.7%) patients were put compressing orthosis (made in Turkey, M.Yuksel, 2010) dynamic compressing system- FMF (made in Argentina, by M.F.Marcelo,1992y) and compressing orthosis (made in Uzbekistan in 2018).

Evidence to surgical repair was high intrathoracic pressure (from $p \leq 20-25$ and more $p \geq 25$ kg by M.Yuksel's classification, Turkey, 2010), high thorax rigidity and uncorrectable deformation by conservative method (15-19 ages) and 74 (13.3%) older ages. From them 44(7.9%) got mini-invasive method of Abramson, 28 (5,0 %) mini-invasive method Sandwich-II, 2(0,3%) open-surgical method of Ravich.

Results in 6-12 months: after conservative treatment 426 (88.4%) children had "good"; 51 (10.6%) "satisfactory" results; 5(1.0%) were suggested continue wearing orthosis; After operative repair 51(68.9%) "good"; 18 (24.3%) "satisfactory" and fixing wire-movement was found in 5(6.8%) patients. In these cases second surgery was made with positive results.

Leveling of thorax and chest-form, improvement of cardio-respiratory system were observed. Moreover, satisfactory repair defect and improvement of patient's psychology were detected.

Conclusion. Children's treatment with PC by suggested methods let us get high percentage of positive results

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА

*Уринов Б.Б., Рахматуллаева Н.И., Холматов Р.И., Рахматуллаев Ф.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. За последнее десятилетие исследования вегетативных дисрегуляций сердца в норме и патологии, как следствие осознанной необходимости, занимают заметное место в клинической и экспериментальной кардиологии.

Существующий разрыв в интерпретации полученных результатов не единственно, но наиболее часто, объясним недостатками программного и технического обеспечения исследований, а также недоступностью публикаций на эту тему в отдалённой ретроспективе до 90-х годов.

Цель исследования. На основании изучения влияния вегетативного статуса у больных, перенесших инфаркт миокарда, разработать математическую модель прогнозирования ремоделирования левого желудочка.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое простое исследование методом поперечного среза, в которое вошло 107 пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Результаты исследования. Всем пациентам на момент включения в исследование проведена ЭхоКГ.

При анализе параметров ЭхоКГ нормальная геометрия левого желудочка выявлена у 71% (76 пациентов), у остальных 29% (31 пациент) выявлены различные патологические типы ремоделирования левого желудочка. В исследуемой группе был 41 (38,3%) пациент с ФВ менее 55%, 32 (29,9%) пациента с гипертрофией ЛЖ по иММЛЖ, и 2 (1,9%) – с дилатацией ЛЖ по иКДР ($>3,2 \text{ см/м}^2$).

По вариантам ремоделирования ЛЖ пациенты в исследуемых группах в зависимости от наличия КВ не различались ($P>0,05$). Чаще всего встречалась нормальная геометрия ЛЖ, реже - эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, и в незначительном количестве случаев - концентрическое ремоделирование и гипертрофия ЛЖ.

При исследовании вариабельности сердечного ритма для большинства пациентов исследуемой группы отмечается снижение временных показателей и общей мощности спектра ВСР, а также преобладает доля VLF, что свидетельствует о снижении адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, повышении степени гуморальной регуляции ВСР и является признаком автономной кардионейропатии

В настоящее время ЭхоКГ остается золотым стандартом диагностики ремоделирования ЛЖ у больных, перенесших ИМ. И согласно плану диспансерного наблюдения проведение данного вида исследования рекомендовано 1 раз в год. Однако чем раньше будет диагностировано изменение геометрии ЛЖ, тем более эффективно можно проводить профилактику прогрессирования сердечной недостаточности. В связи с этим представляет интерес выявление когорты больных, у которых можно предположить на амбулаторном приеме изменения ремоделирования ЛЖ, и направить таких больных на ЭхоКГ с расширенным количеством параметров для определения типа ремоделирования ЛЖ.

Расчет прогнозируемого иКДР по предложенному регрессионному уравнению позволяет выделить пациентов, требующих проведения внеплановой ЭхоКГ. Таким образом, у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на основании измерения ОТ и определения степени выраженности симпатических влияний (LF%) можно предсказать изменение геометрии ЛЖ на основании расчета предсказанного иКДР, и при получении расчетной величины более 3,2 рекомендовать проведение внеплановой ЭхоКГ с определением варианта ремоделирования ЛЖ и, соответственно, коррекции лечения.

Вывод. Таким образом, мы предполагаем, что результаты нашего исследования могут помочь в более ранней диагностике прогрессирования ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда, что также позволит персонализировано проводить лечение этих больных, улучшить их клиническое состояние, качество жизни и прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Уринов Б.Б., Рахматуллаева Н.И., Холматов Р.И., Рахматуллаев Ф.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Пациенты с заболеваниями периферической нервной системы составляют значительную часть больных неврологических стационаров и поликлиник, внося существенный вклад и в структуру общей заболеваемости населения. Среди таких заболеваний 67% составляют полиневропатии. Однако по некоторым данным, основанным на результатах выборочных осмотров больших групп населения, число больных с невропатией составляет до 20% от числа обследованных [2,6]. Традиционные представления о преимущественной выраженности двигательных и чувствительных расстройств при невропатиях в последние годы были дополнены результатами наблюдений о наличии при этих заболеваниях поражения вегетативных порций периферических нервов.

Вегетативная невропатия характеризуется поражением моторной, сенсорной и рефлекторной функций внутренних органов, особенно кардиоваскулярной, гастроэнтеральной и урогенитальной систем, нарушением вазомоторной терморегуляции, трофики, вегетативного контроля эндокринной секреции, изменением зрачкового рефлекса, контроля

Цель исследования. На основании изучения влияния вегетативного статуса у больных, перенесших инфаркт миокарда, разработать математическую модель прогнозирования ремоделирования левого желудочка.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое простое исследование методом поперечного среза, в которое вошло 107 пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Результаты исследования. При анализе параметров ЭхоКГ нормальная геометрия левого желудочка выявлена у 71% (76 пациентов), у остальных 29% (31 пациент) выявлены различные патологические типы ремоделирования левого желудочка. В исследуемой группе был 41 (38,3%) пациент с ФВ менее 55%, 32 (29,9%) пациента с гипертрофией ЛЖ по иММЛЖ, и 2 (1,9%) – с дилатацией ЛЖ по иКДР (>3,2 см/м²). В зависимости от уровня иММЛЖ и ОТС были определены четыре типа ремоделирования ЛЖ:

- 1) концентрическая гипертрофия левого желудочка (увеличение иММЛЖ и ОТС);
- 2) эксцентрическая гипертрофия (увеличение иММЛЖ при нормальной ОТС);
- 3) концентрическое ремоделирование (увеличение ОТС при нормальном иММЛЖ);
- 4) нормальная геометрия левого желудочка.

Наиболее благоприятным вариантом ремоделирования ЛЖ для прогноза у больных с постинфарктным кардиосклерозом является 4-й тип - нормальная геометрия ЛЖ.

По вариантам ремоделирования ЛЖ пациенты в исследуемых группах в зависимости от наличия КВ не различались ($P > 0,05$). Чаще всего встречалась нормальная геометрия ЛЖ, реже - эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, и в незначительном количестве случаев - концентрическое ремоделирование и гипертрофия ЛЖ.

Согласно полученной регрессионной модели иКДР у пациентов, перенесших ИМ без АКШ, может быть вычислена по формуле:

$$\text{иКДР} = 7,05 - 0,87 \times \text{LnX1} - 0,13 \times \text{LnX2},$$

где LnX1 - натуральный логарифм окружности талии в см, LnX2 - натуральный логарифм LF% ВСР. Статистическая значимость модели в целом: $F = 9,32$; $p < 0,001$, что также подтверждено правильным распределением остатков в модели.

иКДР, отражающий размер ЛЖ по отношению к площади поверхности тела, при его увеличении более $3,2 \text{ см/м}^2$ свидетельствует об изменении геометрии ЛЖ. Следует предположить, что пациенты с предсказанным иКДР менее $3,2$ имеют нормальную геометрию ЛЖ, в то время как при значении предсказанного иКДР более $3,2$ имеется один из вариантов патологического постинфарктного ремоделирования (концентрическое ремоделирование ЛЖ, концентрическая гипертрофия ЛЖ или эксцентрическая гипертрофия ЛЖ).

Пример. Пациент Шаломенко Д.В. 60 лет, обратился на прием к кардиологу с целью диспансерного осмотра по поводу ИБС. Стенокардия напряжения ФК II. ПИКС (2014). ХСН II А. ФК II. Артериальная гипертензия III стадии. Получает лечение согласно стандартам ведения пациентов после перенесенного инфаркта миокарда. Течение заболевания стабильное. Рост - 178 см, вес - 110 кг, ОТ - 124 см, ППТ по формуле Гебана и Георга - 2,36. По ЭхоКГ выявлено увеличение КДР - 5,5 см, иКДР - $2,3 \text{ см/м}^2$. При проведении во время приема 5-минутной записи ВСР - доля LF=63% в общем спектре. Предсказанный $\text{иКДР} = 7,05 - 0,87 \times \text{LnOT} - 0,13 \times \text{Ln LF\%} = 7,05 - 0,87 \times \text{Ln}124 - 0,13 \times \text{Ln}63 = 7,05 - 0,87 \times 4,82 - 0,13 \times 4,14 = 2,3$.

Следовательно, можно предположить отсутствие патологического варианта ремоделирования ЛЖ.

Наличие ремоделирования сердца само по себе предопределяет прогрессирование хронической сердечной недостаточности. Предотвращение ремоделирования сердца может служить ключом к прерыванию порочного круга сердечно-сосудистого континуума, который развивается при ХСН.

Как продемонстрировано в многочисленных клинических исследованиях, у пациентов после инфаркта миокарда объемы левого желудочка обладают предсказательной ценностью развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, включая смерть, повторный инфаркт, желудочковые аритмии и митральную регургитацию. У 30–50% пациентов, перенесших инфаркт миокарда, наблюдается прогрессирующая дилатация полости ЛЖ с нарушением геометрии ЛЖ.

Ремоделирование ЛЖ у пациентов, перенесших ИМ, зависит от ЧСС и состояния ВНС. Так, увеличение ЧСС ухудшает показатели ремоделирования сердца, а дисбаланс вегетативной нервной системы с преобладанием активности симпатической нервной системы, приводящий к повышению ЧСС, является одним из факторов, форсирующих патологическое ремоделирование ЛЖ. Также у пациентов, перенесших ИМ, происходит существенная перестройка автономной нервной системы сердца, что связано с анатомическими и функциональными сдвигами. Это ведет к нарушению как симпатических, так и парасимпатических регуляторных влияний, что связано со значительной структурной перестройкой миокарда. Это приводит к снижению variability сердечного ритма и проявляется изменением временных параметров (уменьшение SDNN, RRNN, pNN50) и характеристик спектрального анализа (снижение общей спектральной мощности (TP), уменьшение высокочастотной (HF), увеличение низкочастотной составляющих спектра (LF) и изменение их соотношения).

Вывод. Таким образом, мы предполагаем, что результаты нашего исследования могут помочь в более ранней диагностике прогрессирования ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда, что также позволит персонализировано проводить лечение этих больных, улучшить их клиническое состояние, качество жизни и прогноз.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРА

*Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: До недавнего времени диагностика желчевыводящих путей основывалась на рентгенологических и радионуклеидных методах исследования. Однако, с внедрением ультразвуковой диагностики можно исследовать гепатобилиарную системы в условиях отсутствия лучевой нагрузки на пациента.

Материалы и методы исследования: С помощью ультразвука в клинике радиологического отделения были обследованы 285 больных с нефункционирующий желчным пузырем. Нефункционирующий желчный пузырь одно из осложнений холецистита, где ультразвуковая диагностика основывается на отсутствии визуализации желчного пузыря нет формы, нет четких контуров и от места проекции которого отходит широкая акустическая дорожка обусловленная обтурацией желчного пузыря и пузырного протока, конкрементами или мягкоткаными образованиями. Данные рентгенологического обследования это отрицательная холецистография.

Результаты и обсуждение: Сопоставления данных ультразвукового исследования с операционными данными показывает, что у 2/3 оперированных больных выявлены причины отключения желчного пузыря это: запонения конкрементами, сморщиванием его, вклинивания конкремента в шейку пузыря.

Вывод: Таким образом, ультразвуковое исследования желчного пузыря является высокоэффективны методом в диагностике.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

*Усманова Д.У., Даминов Б.Т., Ибрагимов А.Ю., Алимов У.С.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
нефрологии и трансплантации почки, Республика Узбекистан, Ташкент*

Актуальность проблемы: В последние годы, различные исследователи и международные рабочие группы отмечают, что изучение качества жизни связанного со здоровьем является важным инструментом оценки эффективности и качества медицинской помощи, оказываемой реципиентам почечного трансплантата, ориентированным на пациента. В подавляющем большинстве международных исследований качества жизни у реципиентов почечного трансплантата использовался универсальный опросник оценки качества жизни связанного со здоровьем SF-36. В исследованиях, изучавших влияние социально-демографических параметров на качества жизни реципиентов почечного трансплантата, выявлены достоверно высокие показатели как по психическим, так и по физическим составляющим качества жизни у реципиентов почечного трансплантата продолжавших трудовую деятельность, при сравнении с нетрудоустроенными, а также более высокая степень положительной корреляции показателей качества жизни с преимущественно умственным характером труда и наличием высшего профессионального образования. Важная задача реабилитации реципиентов почечного трансплантата – возможность вернуть пациента к прежнему социальному взаимодействию. Здесь значимы такие факторы, как

образование и занятость. Наличие образования предполагает возможность полноценнее реализовать себя в каком-либо виде деятельности, трудоустройстве, соответственно, обеспечить себе необходимый материальный уровень. Особенно это актуально для молодых реципиентов, т. к. хроническое заболевание почек, заместительная почечная терапия, инвалидизация задерживают возможность получить образование и трудоустроиться. Таким образом, аспект влияния на качество жизни реципиентов почечного трансплантата демографических и социальных факторов, в частности уровня образования и трудоустроенности пациентов требует дальнейшего изучения и нельзя сделать однозначный вывод об этом влиянии.

Цель исследования: Изучение и оценка влияния некоторых социально-демографических факторов, в частности уровня образования и трудовой занятости реципиентов почечного трансплантата на показатели их качества жизни.

Материал и методы исследования: У 78 реципиентов почечного трансплантата давших информированное согласие на исследование были изучены показатели качества жизни, с учетом социально-демографических и клинико-лабораторных характеристик пациентов.

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, осуществлялась с помощью опросника SF-36, где 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал:

- Физическое функционирование, т.е. способность выдерживать физические нагрузки (ФФ);
- Ролевое физическое функционирование, отражающее влияние физического состояния на повседневную деятельность (РФФ);
- Интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность (Б);
- Общее состояние здоровья (ОЗ);
- Общая активность, витальность (энергичность) (Э);
- Социальное функционирование (СФ);
- Ролевое эмоциональное функционирование, характеризующее влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (РЭФ);
- Психическое здоровье (ПЗ).

Отсутствие ограничений соответствует 50% результатам по данным шкалам, а максимальные значения (до 100 баллов) – говорят о преобладании позитивных утверждений и благоприятной оценке своего здоровья. Рассчитывались так же два интегральных показателя качества жизни: физический компонент здоровья (ФКЗ), состоящий из первых 4-х шкал, и психический компонент здоровья (ПКЗ), интегрирующий оценки шкал психического здоровья.

Опросник был модифицирован – опрос проводился онлайн через Google-формы на узбекском и на русском языках.

Результаты и обсуждение: По результатам исследований, в группе реципиентов почечного трансплантата имеющих высшее образование (30,7%), показатели качества жизни по большинству шкал физического (ФФ, $p=0,002$, РФФ, $p=0,026$) и психического (РЭФ $p=0,028$, ПЗ $p=0,026$), а также ОЗ ($p=0,063$) и общее психическое здоровье ($p=0,044$) достоверно превышали показатели реципиентов почечного трансплантата имеющих среднее или среднее специальное образование. Оценка влияния трудовой занятости на качество жизни реципиентов почечного трансплантата показало, что параметры качества жизни по 5 из 8 шкал (ФФ ($p=0,092$), РФФ ($p=0,009$), ОЗ ($p=0,098$), РЭФ ($p=0,001$), ПЗ ($p=0,031$), а также ПЗ ($p=0,013$)) достоверно выше в группе реципиентов почечного трансплантата продолжающих трудовую деятельность.

Эти данные хорошо согласуются с результатами большинства зарубежных исследований, обнаруживших более высокую субъективную оценку показателей качества жизни у реципиентов почечного трансплантата, продолжавших трудовую деятельность. Так, Пикалова Н.Н. отмечает, что трудоустроенность обуславливает

более высокую оценку качества жизни реципиентов почечного трансплантата по шкалам физического и психического здоровья (ФФ, Б, ПЗ), по данным M. Neirp показатели качества жизни работающих реципиентов почечного трансплантата по трем шкалам физического компонента здоровья (ФФ, Б, ОЗ) и трем шкалам психического компонента здоровья (Э, СФ, ПЗ) превышает показатели качества жизни не трудоустроенных реципиентов почечного трансплантата. Трудоустроенность является фактором, оказывающим влияние не только на выживаемость реципиентов и трансплантата, но и на качества жизни. Преимущественно умственный характер труда позволяет сохранить физические ресурсы, что косвенно сказывается в более высокой субъективной оценке физического здоровья. Трудовая занятость являясь жизненной необходимостью для каждого человека, дает возможность более полно реализовать свои способности, самоутвердиться, ощущая свою полезность в семье и обществе.

Выводы: Результаты исследования показывают, что в группе реципиентов почечного трансплантата, с высшим образованием, и имеющих трудовую занятость, показатели качества жизни, по большинству шкал физического и психического компонентов здоровья, а также по интегральному показателю психического здоровья достоверно превышают аналогичные показатели качества жизни реципиентов почечного трансплантата со средним образованием и нетрудоустроенных. Таким образом, такие социально-демографические факторы как наличие высшего образования, трудовая занятость, а также преимущественно умственный характер труда выступают в качестве самостоятельных факторов, оказывающих положительное влияние на качество жизни и функционирование (выживаемость) трансплантата, обеспечивая лучшую медицинскую и социальную реабилитацию реципиентов почечного трансплантата.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19

*Усманова Элмира Мамарафиковна
Андижанский государственный медицинский институт*

Кроме типичной клинической картины респираторных симптомов и интоксикации, для вируса SARS-CoV-2 характерно также гастроэнтеротропное действие. Диарея - один из наиболее частых гастроэнтерологических симптомов COVID-19, который выявляется, по данным разных авторов, в 2-49,5% случаев, в том числе у детей. Наличие диареи усугубляет клиническое состояние пациента, ограничивает возможность проведения необходимых диагностических манипуляций, затрудняет подбор терапии. В статье представлен обзор научной литературы на тему формирования диарейного синдрома у пациентов с COVID-19.

Цель - анализ научных статей, посвященных изучению заболевания клиники и диагностики и лечения диареи у больных с COVID-19.

Материал и методы. Выполнен поиск научных публикаций по теме на электронном ресурсе PubMed, в поисковой системе Google Scholar и на платформе научной электронной библиотеки eLIBRARY.ru.

Результаты. Вирус SARS-CoV-2 относится ко II группе патогенности и отличается от других вирусов семейства *Coronaviridae* более высокой контагиозностью. Превалирующими в типичной клинической картине заболевания являются симптомы, обусловленные интоксикацией и поражением легких: гипертермия, кашель, одышка, общая слабость, миалгии. Однако, по данным многочисленных исследований, для действия SARS-CoV-2 на организм человека зачастую характерна системность, с полиорганным поражением и полиморфными клиническими проявлениями. В том числе во многих источниках литературы упоминается поражение желудочно-

кишечного тракта (ЖКТ) при COVID-19. Патогенез развития диареи при новой коронавирусной инфекции сложен и включает различные механизмы, в числе которых действие вируса на рецепторы ангиотензин-превращающего фермента 2, индуцирующее воспалительный процесс в слизистой желудочно-кишечного тракта, нейротропное действие на вегетативную регуляцию моторной активности кишечника, нарушение состава толстокишечной микробиоты, поражение печени и поджелудочной железы. Еще одним важным патогенетическим аспектом развития диареи при COVID-19 является ятрогенный - побочное действие лекарственных препаратов, применяющихся при лечении новой коронавирусной инфекции и ее осложнений, и активация условно-патогенной клостридиальной флоры кишечника на фоне антибактериальной терапии. Разнообразие патогенетических механизмов формирования диарейного синдрома позволяет говорить о COVID-ассоциированной диарее как о самостоятельном клиническом феномене, характерном для новой коронавирусной инфекции.

Обязательным в диагностическом алгоритме пациента с COVID-19 и диареей является исследование анализа кала на токсины *C. difficile*, при этом возможность проведения плановых эндоскопических исследований в период пандемии ограничена. В качестве основных терапевтических подходов при диарейном синдроме на фоне COVID-19 рассматривается соблюдение гигиенических мер, коррекция диеты и нутритивная поддержка, рациональная антибиотикотерапия осложнений COVID-19, осторожное применение антиперистальтических противодиарейных препаратов, неспецифическая терапия (противовирусные препараты, регидратация, адсорбенты), назначение пробиотиков и антибактериальных препаратов в случае подтвержденной клостридиальной коинфекции.

Вывод. Диарея - частое клиническое проявление COVID-19, которое может оказывать влияние на течение заболевания. Сложный генез диарейного синдрома требует дальнейшего изучения терапевтических стратегий и особенностей нутритивной поддержки пациентов, перенесших COVID-19.

ТЎҒРИ РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШ: САЛОМАТЛИК ВА УЗОҚ УМР КАФОЛАТИ

*Усманова Я.Ф., Худойбердиев Ж.М., Бойқўзиева М.Б.
Андижон Давлат тиббиёт институти.*

Хозирги кунда тўғри рационал овқатланишга эътибор давлат сиёсати даражасига кўтарилди. Давлатимиз раҳбарининг қатор фармон ва қарорлари соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш ҳамда аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи жумладан рационал овқатланишни тарғиб қилишга қаратилган. Соғлом турмуш тушунчаси кенг маънога эга бўлиб, у жисмоний фаоллик, рационал овқатланиш, зарарли одатлар, яъни гиёҳвандлик, тамаки чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишга қарши курашиш каби тадбирларни ўз ичига қамраб олади. Шу ўринда инсон организмга таъсир этувчи минглаб омиллар ичида овқатланиш, айниқса ўз вақтида ва меърида зарур бўлганида пархезбоп таомлар истеъмол қилиш етакчи аҳамиятга эга эканлигини ёдда тутиш лозим. Овқатланиш тиббий нуктаи назардан ёшни, тана вазнини, жинсни, иқлим шароитини, мабода организмда касаллик аниқланса унинг тури ва даврини хисобга олган ҳолда касалликни олдини олиш учун турли хил тартиб ва таркибда тавсия этилади. Шундагина инсон узоқ, соғлом ва фаровон умр кўриши мумкин. Истеъмол қилинадиган таомлар организм тикланишини таъминласа, йўқотилган энергияга бўлган эҳтиёжни қондирса, таркибида зарур микродорда оқсиллар, углеводлар, витаминлар, микро ва макроэлементлар, ўсимлик толалари сақласа озиқ овқатлар ва уларнинг таркиби, микдори ошқозон – ичак тизими ферментлари фаоллиги

билан мос келса –рационал овқатланиш деб аталади. Хар бир инсоннинг бир кеча кундуз давомида сарфлайдиган ва қабул қиладига энергиясидан келиб чиқиб овқат рационини тузиш мумкин.Истеъмол қилинадиган озиқ- овқатлар таркибидаги оксиллар,ёғлар,витаминлар минерал моддалар ва сув бир-бирига мутаносиб бўлиши керак.Овқатни куннинг маълум вақтида истеъмол қилиш –бу шартли рефлекслар хосил бўлишига имкон яратади ҳамда организмнинг овқат қабул қилишга тайёрлайди.

Нонушта ва тушлик, тушлик ва кечки овқатлар оралигидаги фарқ 3-4 соатни ташкил этиши, кечки овқат уйқудан камида 3 соат олдин истемол қилиниши керак. Кун давомида 4 марта овқатланиш унинг тахминан 25% биринчи нонуштага,15% иккинчи нонуштага ,35% тушлик ва 25% кечки овқатга тўғри келиши керак.Баъзи ҳолларда 5 марта овқатланиш тавсия қилинади- унда тахминан 25% биринчи нонуштага , 15% иккинчи нонуштага,35% тушликга ва 20% кечки овқатга 5% ётишдан олинги овқатга тўғри келиши лозим.Овқатланганда унинг таркибий қисмига эътибор бериш жуда муҳим.Чунки оксилга бой озиқ-овқатлар асаб тизими кўзгалувчанлигини оширгани туфайли уларни куннинг биринчи ярмида яъни инсон фаол ҳаракатда бўлган даврда истеъмол қилгани маъқул.Акс ҳолда уйқуни бузилишига олиб келади.Кечки овқат кунлик овқатланишнинг кўп қисмини ташкил этганда , ёғларнинг парчаланиши тўлиқ кузатилмай , семиришга мойилликни келтириб чиқаради. Организмда етарли даражада яъни сарфланадиган ва озиқ овқатдан олинадиган қувват ўртасидаги мувозанат сақланса , инсон соғлом ва узоқ умр кўради.Қабул қиладиган калория керагидан ортиқ бўлиши семириш, қон босимни ортиши ва бошқа қатор юрак –қон томир касалликларига олиб келади.Калориянинг мееёридан кам қабул қилиниши эса организмнинг химоя мослашув имкониятлари пасайишига ва касалликлар юзага келишига замин яратади.Бундай ҳолларда болалар организмда ўсиш ва ривожланиш жараёни орқада қолади.Овқатланиш вақти барча таомларни шошилмай ва пухта чайнаб ейиши учун етарлича бўлиши зарур.Шошиб овқатланганда инсон керагидан ортиқ овқатни тановул қилиб қўяди, чунки бунда тўйиш вақти кечикади ва тескари салбий алоқа қонунига биноан қондаги глюкоза ва аминокислоталар концентрацияси билан хатти-ҳаракат сигнали мияга кеч узатилади.Бундан ташқари овқат яхши майдаланмайди ва сўлак билан намланмайди , оқибатда эса унинг ошқозонда ва ичакларда хазм бўлиши ва сўрилиши ёмонлашади.

Организм нормал ўсиши ва фаолият юритиши учун тўғри рационал мееёрида овқат истеъмол қилиш зарур.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ

*Усманова Я.Ф., Назарова Г.У., Рахматова М.М.
АДТИ, ОШ МО ва ҚТ кафедраси*

Мавзуни асослаш: Сийдик йўллари инфекцияси - буйрак, сийдик чиқариш йўллари, сийдик пуфагини ўз ичига олган сийдик тизимининг инфекцияси. Буйраклар қондан организм учун кераксиз бўлган ортиқча суюқлик ва чиқиндиларни чиқариб сийдик ҳосил қиладди. Буйраклардаги сийдик сийдик пуфагига (сийдик найчалари) кириб, у ерда тўпланиб, вақти-вақти билан сийдик йўли (сийдик пуфаги) орқали чиқиб кетади. Аҳоли орасида аёллар СЙИ билан оғриган эркакларникига қараганда 30-50 марта кўп. Ушбу ёш гуруҳидаги ҳар тўртинчи беморда СЙИ бир йил ичида қайталанеди. СЙИ, шу жумладан пиелонефрит, аёлларда эркакларникига қараганда анча тез-тез учрайди. Агар одамларда ўткир пиелонефрит тез-тез учраса, у ҳолда сурункали жараённинг ривожланиши сийдик йўллариининг обструкцияси, буйрак тўқималарининг тузилишидаги аномаллик ва бузилишларнинг мавжудлиги билан изоҳланади. Сийдик чиқариш тизимининг пастки қисмларида инфекциянинг

ривожланувчи жараёнлари, иммунитетга таъсир кўрсатадиган ҳолатлар, пиелонефрит ривожланишига мойил қилади. 95% дан кўпроғида асоратсиз СҲИ Enterobacteriaceae оиласига мансуб грам-манфий микроорганизмлар томонидан келиб чиқади., Ҳомиладорлик даврида ҳомила ривожланиши учун мураккаб ёки асоратсиз СҲИ хавфли омиллардан бири саналади. Бу кўпинча ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериурия шаклида намоён бўлади. Ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериурия касаллиги ҳар юз аёлдан олтинчисида кузатилади. Ўткир цистит ва ўткир пиелонефрит бироз камроқ учрайди - 1-2,5%, аммо II ва III триместерда симптомсиз бактериурия бўлган ҳомиладор аёлларнинг 20-40% да ўткир пиелонефрит ривожланади, ва ҳомиладорлик пайтида сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларнинг тахминан 1/3 қисми ҳомиладорликдан олдин мавжуд бўлган касалликни кучайтиради. Оила шифокорининг вазифаси касаллик келтириб чиқарувчи хавф омиллари, касалликни илк белгилари, эрта аниқлаш ва олдини олиш чора тадбирлари ҳақида аёлларни билим савиясини оширишдир.

Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда аёллар ўртасида Сийдик йўллари инфекцияси касаллигини олдини олиш ишлари сифатини яхшилаш.

Услуб: Бизнинг текширув ишларимиз Андижон шаҳар Шимолий кичик даҳа худудида олиб борилди. Текширувимизга 21 нафар 25-35 ёшгача бўлган аёллар жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3та пункт ва 10 саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди. Қатнашчилар ўртасида 1-чи анкета сўровнома ўтказилди. Сўнгра қатнашчиларга ушбу касалликни келтириб чиқарувчи хавф омиллари, илк клиник белгилари, касалликни эрта аниқлаш ва профилактикаси ҳақида оила шифокори томонидан интерфаол усулда маъруза ўқилди. Маърузадан сўнг 2-чи анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: 1-чи анкета сўровномасида жами 6(28,5%) киши, 2-чи анкета сўровномасида 19 (90,4%) киши жавоб берди.

Хулоса: Текширув натижаси шуни кўрсатиб турибдики аёллар сийдик йўллари инфекцияси касаллиги ҳақида тўлиқ маълумотга эга эмас. Маҳаллаларда тиббиёт ходимлари томонидан аёллар ўртасида профилактик тадбирлар қониқарли даражада олиб борилмаяпти. Аёлларни бу касаллик ҳақида билим савияси етарли даражада эмас. Шунинг учун оила шифокори, патронаж хамширалар аҳоли ўртасида ҳозирги кунда жуда долзарб бўлган касалликлар ҳақида режа асосида маърузалар ўқиши керак. Бундай тадбирларга нефролог мутахассисини ҳам жалб қилиб буклет, видеороликлардан фойдаланган ҳолда интерактив усулда олиб борилса мақсадга мувофиқ бўлар эди. Шу билан биргаликда врач ва хамширалар томонидан патронаж ишлари кучайтирилиши керак.

ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА НОМУВОФИҚ ОВҚАТЛАНИШ ХАТАР ОМИЛИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

*Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Каландаров Д.М.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – фермерлар популяциясида номувофиқ овқатланиш хатар омиллини (НОХО) эпидемиологик тавсифини ўрганиш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва усуллари. Фермерларнинг репрезентатив гуруҳида (2478та) эпидемиологик тадқиқот умум қабул қилинган услубий ёндашув ва текширув усулларида (WHO, 2020) фойдаланиб амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. $\geq 18 - 70$ ёшли фермерлар популяциясида НОХО 31,6 фоиз частотада тарқалиш билан қайд қилинади, эркаларда – 54,9 фоиз ва аёлларда 45,0 фоизни ташкил этади ($P > 0,005$). Турли ёш гуруҳларида

тафовутланиб эркак ва аёлларда куйидагича кузатилади: 18 – 30 ёшда 34,3 фоиз ва 31 – 49 ёшда – 50,2 фоизгача ортиш билан ($P < 0,05$), 50 – 60 ёшда – 14,2 фоиз (36 фоизгача камайиш билан, $P < 0,001$) ва ≥ 70 ёшда – 1,1 фоиз (деярли 20,1 фоизга етиб камайиш билан; $P < 0,001$).

Аён бўлдики, ёшга боғлиқ холда эркак ва аёл фермерларда ҳам НООни тарқалишида хос жихатлар бор: тарқалиш частотаси 18 – 30 ёшда – 58,6 фоиз ва 41,3 фоизни ($P < 0,005$), 31 – 49 ёшда – 47,2 фоиз ва 52,7 фоизни ($P > 0,005$), 50 – 69 ёшда – 72,2 фоиз ва 27,7 фоизни ($P < 0,005$), ≥ 70 ёшда – 66,6 фоиз ва 33,3 фоизни ($P < 0,005$) ташкил қилади.

ҚИШЛОҚ АХОЛИСИДА БУЙРАК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ НЕГИЗЛАРИ

*Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Каландаров М.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси иқлимий шароитида яшовчи қишлоқ аҳолисида буйрак – тош касаллигининг (БТК) замонавий эпидемиологик тафсилотларини ўрганиш ва профилактикаси негизларини аниқлашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материали ва услублари. Махсус эпидемиологик текширувда 2478 та қишлоқ аҳолиси тадқиқот қилинди. Сўровномали, клиник, биохимик, инструментал ва махсус урологик текширув усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижаси ва хулосалари. Қишлоқ эркаклари ва аёллари популяциясида ($\geq 18 - 70$ ёшли) БТК – 32,4 ва 32,0 фоиздан аниқланади ($P > 0,05$). Умумий $\geq 18 - 90$ ёшли популяцияда тарқалиш частотаси 32,2 фоизни ташкил этади (18-30 ёшлиларда – 22,2 фоиз, 31 – 49 да – 30,6 фоиз, 50 – 69 да – 79,0 фоиз ва ≥ 70 ёшда – 22,9 фоиз). Ёшга боғлиқ холда БТК ни кўпайиб бориши – 52,3 фоизни ҳосил қилади ($P < 0,001$).

БТК ни яна бир хос эпидемиологик тафсилоти ва профилактикаси негизи шундаки, унда гендерлик хос жихатлари борлиги тасдиқланади, жумладан, эркак ва аёллар популяциясида БТК касаллиги тафовутланиб куйидагича аниқланади: 18 – 30 ёшларда – 27,6 ва 16,8 фоиздан ($P < 0,05$), 31 – 49 да – 23,8 ва 37,5 фоиздан ($P < 0,05$), 50 – 69 да – 93,8 ва 61,8 фоиздан ($P < 0,05$) ва ≥ 70 ёшлиларда – 15,9 ва 33,3 фоиздан ($P < 0,01$).

Ушбу натижалар профилактика тадбирларини амалга оширишда «негиз омиллар» бўлиб хизмат қилади деб тавсия этилади.

АЛЬБИНИЗМ ХАСТАЛИГИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙ АХОЛИСИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

*Фозилов Ф.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Альбинизм – туғма нуқсон, яъни меланин пигментини терида бутунлай йўқолишидир.

Биз ўз олдимизга Андижон вилояти тери ва таносил қасаллиқлар диспансерига мурожат қилган Андижон, Фарғона ва Наманган вилоятларида яшовчи касаллар орасида альбинизмни ўрганиш мақсадини қўйдик.

Бизнинг кузатувимизда тасдиқландики: Андижон вилоятида яшовчи 5 та оиладаги 10 нафар беморларда тери ва кўзни жароҳатлаган альбинизм билан оғриган пациентлар кузатилиб, беморлар нисбати популяцияда 1:38000 га тенглиги аниқланган, авлоддан-авлодга аутосом рецессив йўли билан ўтганлиги эътироф этилди.

Наманган вилоятида 2 та оилада 4 та бемор тери ва кўзларни жароҳатлаган альбинизм билан оғригани, беморлар нисбати популяцияда 1:26 666 нисбатда эканлиги аниқланди.

Фарғона вилоятида 3 та оилада 4 та бемор альбинизм билан оғригани аниқланди, улардан 2 нафари альбинизмни тери ва кўз шакллари ва 1 нафари тери шакли билан, 1 беморда Чедиак-Хигоши синдром (альбинизм пиодермия) оғриётгани кузатилди. Авлоддан авлодга, бу ҳолатда ҳам аутосом-рецессив йул билан берилган эътироф этилди.

Клиник кўринишидан терида меланин пигменти тўла йўқлиги, сочлар ва кўз тўр пардасида рангсизлиги, нистагм ва фотофобия билан кечганлиги кузатилди. Клиник кўринишини ҳар хиллиги генлар экспрессивлиги билан изоҳланади. Жуда кучли ген экспрессиясида – тери ва кўзларни тўла албинизми, сустроқ ген экспрессиясида эса тери-кўздаги ўзгаришларни чала эканлиги ёки чала альбинизмда меланоцидлар меланин пигментини камроқ ишлаб чиқаргани аниқланди. Шундай беморларда альбинизм билан бирга кўплаб кератозлар кузатилса, у ҳолда жараён соҳасида эпителиомани ривожланиши кузатилди.

Хулоса. Альбинизмни олдини олиш учун ёшлар турмуш қуришдан дастлаб тиббий-генетик консултацияга мурожат қилишиб, наслий касалликларини аниқлаб олишлари, кейин эса турмуш қуришлари тавсия этилади. Мақсадимиз соғлом болаларни туғилишини таъминлашдир.

«ГЕПА-МЕРЦ» В СОЧЕТАНИИ С МАЗЬЮ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ

Фозилов Ф.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Эффективная терапия больных эксудативного псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза эксудативного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных эксудативным псориазом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных эксудативным псориазом применялся гепатопротектор «Гепат-Мерц» в сочетании с мазью «Эплан».

Препарат «Гепат-Мерц» (Россия), представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмолитическим действием, представляет это одни из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Гепат-Мерц» мы предлагаем включить, в комплексную терапию эксудативного псориаза, мазь «Эплан» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, мазь смазывают 2 раза в день на поражённую кожу. Препарат «Гепат-Мерц» оказывает благоприятное действие на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Гепат-Мерц» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 28 больных эксудативным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 12-14 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 20 дней от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 30 дней у большинства больных элементы поражения рассасывались.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

*Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М., Махамадаминов А.Г.,
Набиев А.А., Халилов А.С.
(ЦРПКМР и РНЦЭМП МЗ РУз)*

Среди ранних внутрибрюшных осложнений (РВБО) после различных вариантов холецистэктомий (ХЭК) одно из ведущих место занимают наружные желчеистечения (НЖ), наблюдающиеся до 4,6%. Пациенты с данными осложнениями вносят свою существенную лепту в формирование показателей летальности РВБО после ХЭК, варьирующих в пределах от 9,4 до 37,0%. В связи с этим вопросы совершенствования лечения НЖ после различных вариантов ХЭК до настоящего времени являются актуальными и требуют дальнейших исследований.

Целью данного исследования явилось улучшение результатов лечения наружных желчеистечений после холецистэктомий путем применения современных эндоскопических способов коррекции.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения НЖ у 61 больных. Женщин было 42 (68,5%), мужчин 19 (31,5%). Возраст больных в среднем составлял 57,3 лет. Всем больным с НЖ после ХЭК проводили комплексное обследование согласно лечебно-диагностическим стандартам службы экстренной медицинской помощи РУз., включающее в себя общеклинические, лабораторные и специальные инструментальные методы исследования. Последние включали в себя проведение ультразвукового исследования (УЗИ) печени и желчных путей, ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ), чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ), фистулографии, МРТ-холангиографии (МРХПГ). Подобное комплексное обследование позволяло нам правильно определить хирургическую тактику лечения имеющихся НЖ.

Полученные результаты. В ходе обследования нами у 51 больного нами было установлено наличие НЖ без признаков перитонита, а 10 пациентов имеющееся желчеистечение сопровождалось признаками распространенного перитонита. У всех последних больных нами проводилась традиционная тактика лечения в виде срединной лапаротомии. Во время операции у 4 больных производилась холедохотомия и ликвидация резидуального холедохолитиаза. У 6 пациентов причиной НЖ явились ятрогенные повреждения холедоха в связи, с чем им были выполнены восстановительные операции с дренированием холедоха по Пиковскому (4), Керу (2). Все операции заканчивались осуществлением желчестазы, а также санацией и дренированием брюшной полости.

У 51 больных коррекция имеющегося НЖ нами проводилась эндоскопическим путем, который считался основным в лечении данных пациентов. При этом в качестве эндоскопических вмешательств у 37 пациентов была применена ЭРХПГ с ЭПСТ. В последующем конкременты из холедоха удалялись с помощью корзиной Дормиа, т.е. производилась стандартная литоэкстракция (СЛЭ).

Во время выполнения ЭРХПГ с ЭПСТ у 2 больных в холедохе были обнаружены конкременты больших размеров, которых путем СЛЭ удалять не представлялось возможным. Им была произведена литотрипсия - размельчение конкрементов с помощью литотрипторов. В дальнейшем они были удалены из холедоха.

Вследствие наличия гнойного холангита, после произведения ЭРПХГ с ЭПСТ и СЛЭ у 5 пациентов наблюдалось выделение гнойной жидкости из холедоха. В связи с

этим им эндоскопические вмешательства дополнялись осуществлением назобилиарного дренирования (НБД) для послеоперационной коррекции гнойного холангита.

В связи с тем, что причиной НЖ у 7 больных оказалось опухолевое поражение большого дуоденального сосочка (БДС) ЭРХПГ с ЭПСТ нами дополнялось проведением эндобилиарного стентирования.

Из осложнений после эндоскопических вмешательств наиболее часто наблюдались кровотечения из краев папиллотомной раны (4) и явления острого панкреатита (4). Все кровотечения останавливались к концу эндоскопических вмешательств, а острые панкреатиты нами были скорректированы с помощью консервативной терапии.

Выводы. Проведенный анализ результатов лечения больных с НЖ после ХЭК свидетельствует о том, что широкое включение в их лечебно-диагностическую схему современных эндоскопических методов коррекции позволяет максимально сдвинут хирургические пособия в сторону малоинвазивности и соответственно улучшит результаты лечения данных осложнений.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А., Халилов А.С.
(ЦРПКМР и РНЦЭМП МЗ РУз)*

Целью настоящего исследования явилась разработка компьютерной программы выбора тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений при ишемической болезни сердца

Для создания компьютерной программы выбора тактики лечения нами вначале была разработана интегральная шкала прогноза категории тяжести течения ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС путем модификации и адаптации к ЯГДК с ИБС известной шкалы SAPS. При этом были проведены ретроспективные исследования по определению прогностической значимости и статистической достоверности эмпирически выбранных антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей риска развития и оценки тяжести течения ЯГДК с ИБС.

Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось развития тяжелого течения ЯГДК с ИБС (117 больных), и в группе пациентов, у которых отмечалось развитие тяжелого течения (131 больных). Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя ($P <$).

Полученная интегральная шкала нами в дальнейшем дополнялась данными касающихся объема различных лечебных манипуляций, которые включали себя традиционную и усовершенствованную схему консервативной терапии, традиционные и разработанные новые эндоскопические гемостатические вмешательства. Кроме того, список лечебных манипуляций включал в себя хирургические вмешательства паллиативного и радикального характера с показаниями и сроками их осуществления, а также необходимой предоперационной интенсивной терапией.

При выполнении данной, достаточно сложной задачи, создаваемая компьютерная программа кроме самой категории тяжести течения нами ориентировалась на конкретную сумму баллов, набираемых интегральной шкалой в

каждой клинической ситуации. На наш взгляд только лишь применение такого принципа, с помощью компьютерной программы, создает возможность охвата и отображения всего разнообразного спектра вариантов лечения больных ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС.

Следующим этапом наших исследований стала кибернетическая интерпретация и обработка полученных результатов, которая была выражена в виде создания компьютерной программы выбора тактики лечения больных ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС. На данную компьютерную программу нами был получен патент № DGU 07622 патентного ведомства РУз от 24.01.2020 г.

Таким образом, подытоживая все вышеперечисленное надо отметить, что разработанная нами компьютерная программа выбора тактики лечения больных с ЯГДК, сочетающихся с различными формами ИБС наиболее полно соответствует не только требованиям практической экстренной медицины, но и таковым современной доказательной медицины.

ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С УЧЕТОМ СТАДИЙ И ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Хайруллина А.Х.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Герпетическая Инфекция (ГИ) занимает особое место среди вирусных заболеваний человека. Герпетическая инфекция-это группа заболеваний, вызываемая 8 типами вирусов. Наибольшую актуальность эта инфекция приобретает у ВИЧ-положительных пациентов, одновременно являясь оппортунистической и ВИЧ-индикаторной инфекцией. Клинические формы ГИ у ВИЧ-положительных пациентов проявляются в виде системных поражений, что осложняет основное заболевание. [Вепрык Т.В., Матейко Г.Б., 2013].

Целью нашего исследования было проведение ретроспективного анализа течения герпетической инфекции у больных детей с учетом стадии ВИЧ-инфекции на основании анализа данных медицинских карт стационарных больных.

Материалы и методы: Данное исследование проводилось на базе специализированной клиники инфекционных заболеваний при Республиканском центре по борьбе со СПИДом, все госпитализированные дети в первые дни после госпитализации были обследованы на герпесвирусные инфекции, методом ИФА. Методом проточной цитофлюорометрии (Ortumspectrum) с использованием моноклональных антител против CD определяли содержание различных групп лимфоцитов.

Результаты: Проведенный нами ретроспективный анализ 100 детей с ВИЧ и герпетической инфекцией, на базе клиники Республиканского центра по борьбе со СПИДом показал, что данный контингент пациентов в анамнезе отмечал диарею свыше 1 месяца, не связанную с побочными эффектами антиретровирусной терапии, и основными жалобами при поступлении были слабость, вялость, отсутствие аппетита, диарея более 1 месяца. По половому признаку пациенты были: 48 мужчин (73,8%) и 17 женщин (26,1%), по возрасту пациенты от 18 до 35 лет- 49 (75,3%), 36-60 лет- 16 пациентов (24,6%). В зависимости от стадии ВИЧ инфекции- 52 пациента (80%) с III стадией ВИЧ инфекции, 13 пациентов (20%) с IV-A стадией ВИЧ инфекции. При III стадии ВИЧ-инфекции у 22 пациентов (42,3%) количество CD4+ клеток осталось в

норме, но у большего количества пациентов отмечалось повышение уровня CD8+ клеток, соответственно иммунорегуляторный индекс (CD4+/ CD8+) был понижен у 43 пациентов (82,6%) из 52. В IV-А стадии ВИЧ-инфекции у большинства пациентов отмечалось уменьшение количества CD4+ клеток 10 пациентов (76,9%) из 13, а также увеличилось количество CD8+ клеток 12 пациентов (92,3%). Было отмечено, что у 51 пациента с ВИЧ-инфекцией быстрее увеличивалось количество Т- супрессоров, чем уменьшалось количество Т-хелперов, следовательно иммунорегуляторный индекс снижался быстрее, чем количество CD4+ клеток.

Вывод: Таким образом, течение ГИ зависит от стадии ВИЧ-инфекции. Больные в I и во II стадиях имели только локализованные формы ГИ с поражением кожи, слизистых оболочек, в то время как у пациентов с III и IV стадией ВИЧ-инфекции клиника ГИ проявлялась в виде поражения внутренних органов.

GERONTOLOGIK GURUXGA MANSUB FARFONA VOДИЙСИ POPULYACIYASIDA ARALASH GLAUKOMANI GENDERLI VA ESHGA BOGLIK XUSUSITLARI

*Хакимова З.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Қайумов У.К.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – геронт популяцияда аралаш глаукоманинг (АГ) эпидемиологик тавсифларини аниқлаш ва баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. 524та геронтологик ёшда бўлган эркак ва аёллар популяцияси Фарғона водийси шароитида махсус эпидемиологик тадқиқот ташкил қилиниб ўрганилди. Халқаро миқёсда эпидемиологик тадқиқотларда қўлланиш учун тавсия этилган услубий ёндашувлар ва статистик ишлов бериш усулларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва хулосалари. Аралаш глаукома геронтологик ёшда бўлган аҳолида (ГЁА) 13,4 фоиз тарқалиш частотаси билан тасдиқланади. Хусусан, 2015 йилда - 6,6 фоиз, 2016 йилда-11,4 фоиз, 2017 йил -15,1 фоиз ва 2018 йил-17,7 фоиз тарқалиш даражалари тафовутланганлиги ҳам иншо этилиб касалликнинг 4 йиллик ўзгаришлари баҳоланди. Эркак ва аёлларда 2015-2018 йилларда ўртача 11,0 фоиз ва 15,0 фоиздан ($p>0,05$) кузатилди. Турли йилларда ҳам ушбу тафовут сақланиб қолганлиги тасдиқланди ва бу қуйдагича АГни эркак ва аёлларда тарқалиш частотаси билан ифодаланди: 2015 йил - 5,6 ва 7,5 фоиздан ($p>0,05$), 2016 йили -15,5 ва 8,5 фоиздан ($p<0,005$), 2017 йили - 12,1 ва 17,0 фоиздан ($p>0,05$), 2018 йили - 7,7 ва 24,4 фоиздан ($p<0,01$) [RR=0,73; ДИ=(0,43-1,24); $\chi^2=1,78$; $p<0,2$].

Турли ёш гурухларида АГ преваленси қуйдагича тарқалиш частоталарида таасисланади: 60-74 да - 6,0 ва 7,5 фоиздан [RR=3,0; ДИ=(1,98-4,68); $\chi^2=36,8$; $p<0,05$], 75-89да-2,4 ва 8,5 фоиздан [RR=1,0; ДИ=(0,46-2,11); $\chi^2=0,0007$; $p=0,98$], ≥ 90 ёшлиларда - 12,5 ва 3,8 фоиздан [RR=0,9; ДИ=(0,20-3,83); $\chi^2=0,03$; $p=0,86$].

Ушбу натижалардан диспансеризация ва профилактика дастурларини тузишда кенг фойдаланилса мақсадга мувофиқ бўлади ёки уларнинг тиббий-иқтисодий ва ижтимоий фойда келтиришлари имкониятлари кескин ошади.

КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ИҚЛИМИЙ – ЖЎҒРОФИЙ ОМИЛЛАР

*Хакимова З.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У.
АндДавТИ ва РШТЎИМ АФ, Андижон*

Тадқиқотчилар томонидан иқлимий-жўғрофий омилларни (ИЖО) турли касалликлар тарқалиши рва клиник кечилишига таъсирларини ўрганишга даъват қилинишни тобора ортаётганлигидан илмий манбалар шаҳодатлик бермоқдалар. Шу нуқтаи назардан Фарғона водийсининг иқлимий-жўғрофий тавсифланиши эътиборни ўзига тортади. Водийнинг жўғрофий жойлашуви – тоғлар орасидаги чуқурликни тимсоллайди, фақат биргина жанубий томонидан 8-10 км энликда очиқ қолиб Далварзин чўлига туташиб туради. Иқлимий – ўзгарувчан ва кескин континентал деб эътироф этилади.

Тадқиқотнинг мақсади – кўз касалликларининг ривожига сабаб бўлувчи иқлимий-жўғрофий омилларни аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар: кератит мисолида эпидемиологик объект ва клинко-метерологик кузатув учун ажратилган 464 та беморлар, Г.М.Данишевский бўйича уч йиллик мониторинг ва “динамик назорат картаси” ҳамда Спирмен усули билан натижаларни таҳлил қилиб ўрганиш.

Натижалар ва хулосалар: кератит мисолида исботини топди-ки, Фарғона водийсининг жўғрофий, кескин континентал ва ўзгарувчан иқлимий шароитида ИЖО бевосита таъсиротлари сабаб бўлиб кўз касалликларини (КК) кенг тарқалиши хавфи ортган. КК келиб чиқиши ва шиддатланиб офтальмологик “охирги нуқта”ларни келтириб чиқариш хавфлари маҳаллий иқлимий шароитнинг метеорологик омилларига тўғридан – тўғри алоқадорликда ортади. Иқлимий патоген таъсиротлар клиник кўринишларни ўзгариб ифодаланишларига ҳам олиб келади яъни метеотаъсирчанлик ҳам қўшилишиб офтальмосимптом ва синдромлар маълум даражада кескинлашадилар.

Хусусан, биргина куёш ёғдусининг таъсири ва давомийлигининг тебранишларини ортиши билан блефароспазм, кўз қизариши ва бахолланиш ёки уйқусизлик каби симптомлар 3 баробардан зиёдга ортади ($p < 0,01$).

Маҳаллий метеомилларни кучли тебраниб туришлари КК аҳоли орасида кўпайтиради ва уларни хатар омиллар сифатида ҳисобга олиб даволаш ва профилактика амалиётини ўзгартириб бориш, сўзсиз, фойда келтиради. Бу борада прогнозлаш алгоритмларини ва профилактик дастурларни кенг амалиётланиб борилишини юқори тиббий технологияларни самарасига тенг натижа берувчи фаолият деб баҳолаш мумкин бўлади.

ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ГЕРОНТО-ГЕРИАТРИК ХУСУСИЯТЛАРИ (проспектив тадқиқот натижалари)

*Хакимова З.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон*

Тадқиқотнинг мақсади – очиқ бурчакли глаукоманинг (ОБГ) Фарғона водийси шароитида геронто-гериатрик популяция (ГПП) учун хос хусусиятларини аниқлаш ва баҳолашдан иборат бўлди.

Тадқиқот материал ва усуллари. 4 йиллик проспектив эпидемиологик тадқиқот ташкил этилди ва унда 218та аёл, 306та эркак геронто-гериатрик ёшли популяция комплекс текширувдан ўтказилди. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

томонидан эпидемиологик текширувлар учун тавсия қилинган унифицирланган усуллар қўлланилди ва олинган натижалар баҳоланди.

Тадқиқот натижалари ва хулосаси. ОБГ нинг тарқалиш частотаси ГГПда 26,1 фоизни ташкил этади, охирги 4 йилда унинг аниқланиш частотаси 17,1 фоиздан то 50,0 фоизгача ортган ёки йилига 8,0 фоиздан ошиб кўпайган ва ўсиш частотаси 32,9 фоизни ташкил қилган ($P < 0,01$). Текширув йилларида тафовут билан ОБГни тарқалиш частотаси-2015 йили 17,1 фоизни, 2016 йили-20,5 фоизни, 2017 йили-6,4 фоизни ва 2018 йили-50,0 фоиз даражаларда қайд этилган. Худди шундай эпидемиологик вазиятларни ўзгайиб бориш тенденцияси эркак ва аёллар популяциясида ҳам кузатилади, статистик ишлов бериш кўрсаткичларида ишончли тасдиқланади [$RR=0,73$; $II=(0,49-1,1)$; $\chi^2=4,06$; $p < 0,04$]. ГГП-эркаклар ва аёлларда ОБГ тарқалиши частотаси 2015йили 5,6 ва 27,5 фоиздан ($P < 0,05$), 2016 йили-8,3 фоиз ва 29,8 фоиздан ($P > 0,05$), 2017 йили -17,2 фоиз ва 16,0 фоиздан ($P > 0,05$) ва 2018 йили-55,6 ва 46,2 фоиздан ($P < 0,05$) ташхисланади. Аёлларда (29,4 фоиз) эркакларга қараганда 7,8 фоиз фарқ билан ортиқ частотада тарқалиш билан аниқланади ($P < 0,05$). Шу билан таъкидлаш керак бўлади-ки, эркакларда ўсиш тенденцияси (50,2 фоиз) аёлларга нисбатан (8,7 фоиз) кескинлашиб, то 11 баробардан зиёдга етиб кучайганлиги маълум бўлди ($P < 0,001$).

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучить частоту выявления вирусных гепатитов у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких.

Материалы и методы. Проведено исследование 38 пациентов туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью, имеющих в анамнезе перенесенный вирусный гепатит А, В, С, получивших лечение в Андижанском областном центре фтизиатрии. Среди исследованных пациентов отмечено преобладание мужчин в 2 больше, чем женщин 23 и 12 соответственно. Возрастная структура – установила большинство исследованных в возрасте 20- 45 лет, причем большинство из них были жителями села, в настоящее время не имели постоянное место работы.

Результаты и обсуждение. По клиническим формам исследованные больные распределились следующим образом: очаговый туберкулез- у 2 (5,2%); инфильтративный туберкулез (2 сторонний с распадом) – у 18 (47,4%), Фиброзно-кавернозный туберкулез- у 11 (29,2 %) больных, диссеминированный – у 2 (5,2%), туберкулома у -1(2,6%); туберкулезный плеврит – у 4 (5,2%).

Из 38 пациентов : у 28 установлена множественная лекарственная устойчивость (изониазид+ рифампицин), у 10 широкая лекарственная устойчивость. У 21 пациента туберкулез был выявлен впервые, 17 пациентов- это больные хроники, длительность наблюдения в противотуберкулезном диспансере составил от 3 до 6 лет. Из 28 пациентов у 5 выявлена множественная лекарственная устойчивость, среди хроников 23 выявлена множественная лекарственная устойчивость, у 10 широкая лекарственная устойчивость. У 29 пациентов с лекарственной устойчивостью, выявлен HBsAg.

При серологическом обследовании крови чаще встречались маркеры вирусного гепатита В- 18 и вирусного гепатита С- 6 . Из 38 пациентов с лекарственной устойчивостью, причиной формирования явилось плохая переносимость препаратов, в связи с чем приходилось отменять препараты, нередко больные, прерывали лечение. Однако больным с перенесенным вирусным гепатитом А, В, наряду с противотуберкулезными препаратами применялись гепатопротекторы, регулярно исследовали функцию печени, в связи с чем в данной группе удалось достигнуть

неплохих результатов лечения. Следующими факторами, снижающими эффективность лечения является : злоупотребление алкоголя – 8(21%) и курение – 16(42,1 %).

Рентгенологические проявления специфического процесса были следующие: у большинства больных – 17 (53,1%) туберкулезный процесс был двухсторонний, у 15 (46,9%) – односторонний, распад в легких определялся у 8 (25%) больных.

Выводы. У больных с развившейся лекарственной устойчивостью, имеющих в анамнезе перенесенный вирусный гепатиты, чаще выявляются серологические антигены гепатитов В и С, среди больных с хроническим течением туберкулеза чаще выявляется множественная и широкая лекарственная устойчивость, связанной как с наличием вредных привычек, так и непереносимостью препаратов и в связи с этим частыми перерывами в лечении, что требует ранней коррекции лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ БАЦИЛЛЯРНЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Хакимова Р.А., Кучкарова ., Хакимов Н.С., Ботирова Б.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Цель. Изучение особенностей течения туберкулеза легких у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы. В разработку включено 289 пациентов с сахарным диабетом, у 258 (89,2%) составили пациенты с сахарным диабетом второго типа, у 31 пациентов был сахарный диабет 1 типа.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 258 больных туберкулезом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа у 196 (76%) пациентов наблюдался впервые выявленный туберкулез. 201 пациентов, включенных в разработку, были в возрасте 40- 50 лет. У 213 сахарный диабет предшествовал туберкулезу, давность заболевания составила от 3 до 5 лет, течения сахарного диабета второго типа у 183 средне тяжелое течение, у 75 тяжелое течение. Деструктивные изменения в легких были выявлены у 169 больных (86,2%). Бактериовыделение выявлено у 229 (88,8%) пациентов. Среди впервые заболевших туберкулезом множественная лекарственная устойчивость выявлена у 9 (4,5%) больных, у 1 пациента установлена широкая лекарственная устойчивость. Всем больным, находившимся под нашим наблюдением, лечение проводилось по стандартным схемам для пациентов с сохраненной чувствительностью и с наличием множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Подводя итоги стационарного лечения необходимо отметить, что бактериовыделение прекратилось у 220 пациентов, закрытие каверн среди впервые диагностированных из 169 заживление наблюдалось в 115 пациентов (68%) случаев, нескольким пациентам проведено хирургическое лечение. низкая эффективность связана с достаточным поздним выявление туберкулеза среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Выводы. Эффективность лечения как среди впервые диагностированных с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам остается достаточно низкой, а в группе с лекарственной устойчивостью наблюдаются случаи летального исхода. Для повышения эффективности лечения туберкулеза на фоне сахарного диабета 2 типа необходимо обеспечить раннее выявление, путем повышения настороженности врачей эндокринологов и ВОП, а также проводить разъяснительную работу с пациентами.

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ПРОПОЛИСОМ, У ДЕТЕЙ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

*Хакимова Р.А., Абдуманова Р.К., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю.
Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра фтизиатрии*

Цель: Изучить значения прополиса в целях профилактики и лечения неспецифических заболеваний глотки и ротовой полости у детей, больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования: нами проведено исследование 38 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Андижанского областного центра фтизиатрии и пульмонологии по поводу туберкулезной интоксикации и бронхоаденита, имеющих в анамнезе неспецифические заболевания ротовой полости.

Результаты исследования и их обсуждение: Всем детям при поступлении после проведенного комплексного исследования: включающее рутинные методы исследования, а также проводился Диаскинтест и при подозрении на туберкулез внутригрудных лимфатических узлов проводилась компьютерная томограмма. У 23 пациентов установлен диагноз- туберкулезная интоксикация, у 15 – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (у 6- малая форма туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у 9- инфильтративная форма). Всем пациентам клинический диагноз установлен на центральной врачебной комиссии центра. Кроме того все пациенты осмотрены ЛОР специалистом, стоматологом.

У детей дошкольного возраста- 27 у всех выявлены кариозные зубы в среднем 2-4; всего 5 детей регулярно чистят зубы, остальные от случая к случаю ; в то время как у детей с 8 по 14 лет из 11, только у 3 по 1 кариозному зубу. Такое явления связано с тем, что в школе проводится разъяснительная работа, дети самостоятельно регулярно чистят зубы.

Хронический тонзиллит диагностирован у 7, у этих пациентов были жалобы на боли в горле, неприятный запах изо рта. При осмотре у 4 пациентов отмечалось расширение лаку, гиперемия миндалин, при пальпации периферических лимфатических узлов у 4 отмечалось увеличение подчелюстных и переднее шейных групп, размерами 1,5-2 см, плотноватой консистенции. Показатели гемограммы у всех пациентов оставались в пределах нормы. У 4 пациентов развился стоматит, после приема противотуберкулезных препаратов, пациенты жаловались на обильное слюноотделение, боли в языке, усиливающиеся во время приема пищи, снижение аппетита.

Выводы: В результате проведенного лечения у больных наступало заметное улучшение фарингоскопической картины: из лакун исчезало патологическое содержимое, прекращался неприятный запах изо рта, уменьшался регионарный лимфаденит, стихали признаки хронического воспаления небных дужек.

**ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У
ПОЖИЛЫХ**

*Р.А.Хакимова, Н.С. Хакимов, Д.К. Максумова
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цели и задачи исследования: изучить особенности течения и структуру туберкулеза мочевыделительной системы у лиц пожилого возраста .

Материалы и методы исследования: Нами изучены истории болезней 128 пациентов, пролеченных в урогенитальном отделении Андижанского областного противотуберкулезного диспансера, в течение 3 лет.

Результаты и их обсуждение: проведено исследование 109 в возрасте от 65 до 76 лет, причем процесс чаще выявлен у женщин – 65(59,6%). Ранней жалобой почти у всех больных была дизурия- 80% пациентов; у (69,2%) одновременно беспокоила постоянная боль в поясничной области, к сожалению эту боль связывали с возрастом). У 26,9% пациентов установлен диагноз- почечная колика. 28 мужчин наблюдались в поликлинике длительное время по поводу хронического простатита. В общем анализе мочи выявлена - пиурия в 74% и гематурия- 60%. Этим пациентам проведена цистоскопия и установлено нарушение резервуарной функции мочевого пузыря в 87% при эндоскопии, язвы слизистой пузыря в 63%; у 35% туберкулезный цистит, 55,6% язвенный цистит, 8% микроцистис. У лиц пожилого возраста проба Манту дала положительный результат только у 35% пациентов, в то время как Диаскинтест у этих же больных был положительным в 76,1%. Микобактерии туберкулеза бактериоскопическим методом выявлены у 28% пациентов ПЦР в реальном времени у 56 выявлены БК. У 1 пациента установлена устойчивость к рифампицину.

Выводы: для уменьшения диагностических ошибок в диагностике туберкулеза мочевыделительной системы необходимо в общей лечебной сети уделять особое внимание пациентам пожилого возраста, страдающих резистентным к стандартной терапии пиелонефритом, циститом, простатитом, на пациентов с упорной дизурией. Использовать все доступные методы диагностики туберкулеза в настоящее время: Диаскинтест и ПЦР в реальном времени. Обеспечить своевременную консультацию фтизиоуролога.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хакимова Р.А., Садыкходжаев С.Б., Абдукадирова Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования является изучение клинического течения туберкулезной инфекции в разное время после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни пациентов перенесших COVID-19, у которых в последующем диагностирован туберкулез- 96 пациентов. Кроме того в разработку включены 35 пациентов имеющие в анамнезе туберкулез, которые после перенесенной ковидной инфекции, повторно госпитализированы в противотуберкулезный центр.

Результаты и обсуждение. В исследованной группе преобладали лица до 40 лет- 59 (61,4%), преимущественно мужчины- 72 (75%), жители села- 60 (62,5%). Все эти пациенты, получали стационарное лечение в специализированных ковид центрах, объем поражения паренхимы легких составлял минимум 45%, максимум 73%. У этих пациентов после лечения- выявлен фиброз паренхимы легкого. Исследование сроков развития туберкулеза, после перенесенной коронавирусной инфекции, пациентов распределили на следующие группы: 1 группа пациентов у которых туберкулез диагностирован через 1-2 месяца 24 (25,5%); 2 группа срок возникновения составил 3-4 месяца- 58 (60,4%); 3 группа срок возникновения 5-6 месяцев - 12 (12,5%); 4 группа срок развития туберкулеза свыше 6 месяцев - 2 (2,1%). 2 группа в которой наблюдалось 58 пациентов у 50 пациентов инфильтративный туберкулез у всех бактериовыделением, у 6 пациентов выявлены туберкуломы легких, распад диагностирован(47). У пациентов в 3 и 4 группах у 10 пациентов имел двусторонний

инфильтративный процесс, протекающий с выраженной казеозным перерождением паренхимы легких, у всех определялись каверны, также все они выделяли микобактерии у 1 пациента выявлена множественная лекарственная устойчивость. У 4 пациентов установлен фиброзно-кавернозный туберкулез туберкулез, БК+. Изучение течения туберкулеза у пациентов имевших в анамнезе перенесенный туберкулез 35 человек, которые перенесли коронавирусную инфекцию. из 35- 23 были сняты с учета по выздоровлению от туберкулеза. 12 пациентов, получали противотуберкулезные препараты в стационаре.

Выводы: для предупреждения развития туберкулеза у лиц, перенесших коронавирусную инфекции необходимо в поликлиниках осуществлять реабилитационные мероприятия, особенно у лиц, с остаточным фиброзом легких. Если у пациентов после ковида длительно сохраняются или имеется присоединение легочных симптомов, необходимо направлять своевременно к фтизиатру. в фтизиатрических центрах, среди больных хроников необходимо проводится разъяснительную работу по профилактике коронавирусной инфекции и при ухудшении самочувствия, появления лихорадки и усилении кашля немедленно обращаться к врачу фтизиатру или терапевту по месту жительства.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОЛИСА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Хакимова Р.А., Абдуманова Р.К., Ботирова Б.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра фтизиатрии

Цель: изучение влияния неспецифических заболеваний ротовой полости на течение туберкулеза и лечение данных заболеваний с помощью прополиса.

Материалы и методы исследования: нами проведено исследование 38 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Андижанского областного центра фтизиатрии и пульмонологии по поводу туберкулезной интоксикации и бронхоаденита, имеющих в анамнезе не специфические заболевания ротовой полости.

Результаты исследования и их обсуждение: у 23 пациентов установлен диагноз- туберкулезная интоксикация, у 15 – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.. Группа детей дошкольного возраста составила 27 детей, причем у всех выявлены кариозные зубы в среднем 2- 4; всего 5 детей регулярно чистят зубы, у детей с 8 по 14 лет из 11, только у 3 по 1 кариозному зубу. Такое явления связано с тем, что в школе проводится разъяснительная работа, дети самостоятельно регулярно чистят зубы.

Хронический тонзиллит диагностирован у 7, при осмотре у 4 пациентов отмечалось расширение лакун небных миндалин, гиперемия, при пальпации периферических лимфатических узлов у 4 отмечалось увеличение подчелюстных и переднее шейных групп. У 4 пациентов развился стоматит, после приема противотуберкулезных препаратов, пациенты жаловались на обильное слюноотделение, боли в языке, усиливающиеся во время приема пищи, снижение аппетита. В результате проведенного комплексного лечения с применением 2% спиртовой настойки прополиса у больных в обеих группах наступало заметное улучшение фарингоскопической картины: из лакун исчезало патологическое содержимое, прекращался неприятный запах изо рта, уменьшался регионарный лимфаденит, вследствие значительного уменьшения признаки хронического воспаления небных миндалин, гиперемия небных дужек была ликвидирована. **Заключение:** поскольку у

детей дошкольного возраста намного чаще встречается кариоз зубов и хронический тонзиллит, необходимо в комплексное лечение наряду с сочетанием полоскания ротовой полости прополисом включать лечение у стоматолога. Обучать детей данной группы правилам гигиены ротовой полости.

ЧАСТОТА ГЕПАТОМЕГАЛИЙ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Султанов Г.И., Мавлянов М.К.
Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан*

Цель. Изучение частоты встречаемости гепатомегалии и разработка мероприятий по профилактике побочных действий противотуберкулезных препаратов у ВИЧ-инфицированных детей с туберкулезом.

Материалы и методы. Нами изучено 216 историй болезни детей с сочетанной инфекцией, находившихся на стационарном лечении в областном диспансере.

Результаты и обсуждение. Основной клинической формой являлся туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в 75,7%. При поступлении в стационар у 150 детей при осмотре выявлены изменения печени, причем у 98 детей отмечено значительное увеличение размеров живота, при пальпации у этих пациентов установлена гепато- и сплено-мегалия: до 5 см печень была увеличена у 29, до 1-2 см – у 22 пациентов. Сонограмма почти полностью совпадала с данными клинического исследования. Биохимические анализы выявили незначительное повышение билирубина у 13 больных, повышение трансаминаз – у 20. Все перечисленные изменения учтены при проведении антибактериальной терапии, этим больным с первых дней терапии в схему лечения обязательно включали гепатопротекторы (эссенциале или карсил). Больным с диссеминированным и первичным туберкулезным комплексом также подключены к терапии глюкокортикоиды.

Выводы. У детей с коинфекцией и гепатомегалией при проведении химиотерапии обязательным является комплексное лечение с включением гепатопротекторов и при необходимости глюкокортикоидов, что позволяет предупредить развитие побочных действий противотуберкулезных препаратов.

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Цель. Изучить клиническую структуру впервые выявленного туберкулеза легких с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезней 307 больных туберкулезом легких, сочетанного с сопутствующими заболеваниями.

Результаты. Преобладали больные в возрасте 20-45 лет 184 (60%). Количество мужчин и женщин было одинаковым, 231 (75,2%) пациент, проживали на селе. И направлены в центр фтизиатрии после обследования в поликлиниках и стационарах общей лечебной сети. Структура туберкулеза представлена в основном инфильтративным туберкулезом у 230 (75%) пациентов, причем у большинства пациентов с инфильтратами выявлены каверны и бактериовыделение в 73% и 78% соответственно. Ведущей

сопутствующей патологии были: ХОБЛ- 125 (40,7%) ; сахарный диабет – 103 (33,5 %); болезни желудочно- кишечного тракта- 89 (29 %); патология печени-79 (25,7 %) ; алкоголизм -82 (26,7%) %, . Другие болезни(ВИЧ, болезни сердечно-сосудистой системы) – 28 (9,1%)%. У некоторых пациентов имели сочетание 2-4 заболеваний одновременно. Таких пациентов было – 85 . Это были пациенты с сахарным диабетом, гипертонической болезнью или другие сочетания, именно в этой группе преобладали обширные процессы, с массивным бактериовыделением. Естественно у пациентов, имеющих по несколько сопутствующих заболеваний, эффективность лечения было достаточно низкой: бактериовыделение прекратилось в 71%, заживление каверн и того ниже- 57%

Выводы. Лиц, состоящих в группах риска в отношении туберкулеза в поликлиниках общей сети, необходимо наладить профилактическое флюорографическое исследование. Особое внимание необходимо уделять пациентам, имеющих сочетание заболеваний. Проведение санитарного просвещения

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Абдумананова Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Цель. Выявить частоту сопутствующих заболеваний у больных лекарственно устойчивыми формами туберкулезом легких.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов, туберкулезом с лекарственно устойчивыми формами туберкулезом легких. Превалировали мужчин было 61 (62,2%). Впервые заболевших туберкулезом – 21 пациент, 77 пациентов состоящих на учете по поводу туберкулеза в течение 2-4 лет. Наличие сопутствующих заболеваний выявлены при сборе анамнеза, объективном исследовании, лабораторные, биохимические и ультрасонографические методы диагностики, функциональные исследования сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных превалировал среди впервые выявленных превалировал инфильтративный туберкулез, среди хроников: фиброзно- кавернозный – у 39 (50,6%) и инфильтративный туберкулез легких – у 38 (49,4%). Множественная лекарственная устойчивость установлена у 89 больных, широкая у 9 пациентов.

Сопутствующие заболевания были выявлены 72 (73,4%), в том числе сахарный диабет – у 19 (26,3%), ХОБЛ – у 10 (13,8%), болезни сердечно-сосудистой системы – у 12 (16,6%), анемия – у 14 (19,4%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 5 (7%), холециститы – у 3 (4,1 %), вирусный гепатиты В, С, А – у 5 (7%), ВИЧ инфекция – у 4 (5,6%). Наличие сопутствующих заболеваний снижала эффективность лечения, а также приводило к непереносимости противотуберкулезных препаратов , реже к переходу множественной лекарственной устойчивости в широкую, у 3 пациентов.

Выводы. Среди обследованных больных сопутствующие заболевания выявлены у 72 (73,4%) больных, и увеличение случаев развития широкой лекарственной устойчивости что диктует на необходимость, раннего выявления сопутствующих заболеваний и проведение коррекции лечения .

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ БАЦИЛЛЯРНЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Хакимова Р.А., Кучкарова ., Хакимов Н.С., Ботирова Б.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан*

Цель. Изучение особенностей течения туберкулеза легких у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы. В разработку включено 289 пациентов с сахарным диабетом, у 258 (89,2%) составили пациенты с сахарным диабетом второго типа, у 31 пациентов был сахарный диабет 1 типа.

Результаты исследования и их обсуждение: Из 258 больных туберкулезом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа у 196 (76%) пациентов наблюдался впервые выявленный туберкулез. 201 пациентов, включенных в разработку, были в возрасте 40- 50 лет. У 213 сахарный диабет предшествовал туберкулезу, давность заболевания составила от 3 до 5 лет, течения сахарного диабета второго типа у 183 средне тяжелое течение, у 75 тяжелое течение. Деструктивные изменения в легких были выявлены у 169 больных (86,2%). Бактериовыделение выявлено у 229 (88,8%) пациентов. Среди впервые заболевших туберкулезом множественная лекарственная устойчивость выявлена у 9 (4,5%) больных, у 1 пациента установлена широкая лекарственная устойчивость. Всем больным, находившимся под нашим наблюдением, лечение проводилось по стандартным схемам для пациентов с сохраненной чувствительностью и с наличием множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Подводя итоги стационарного лечения необходимо отметить, что бактериовыделение прекратилось у 220 пациентов, закрытие каверн среди впервые диагностированных из 169 заживление наблюдалось в 115 пациентов (68%) случаев, нескольким пациентам проведено хирургическое лечение. низкая эффективность связана с достаточным поздним выявление туберкулеза среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Выводы: Эффективность лечения как среди впервые диагностированных с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам остается достаточно низкой, а в группе с лекарственной устойчивостью наблюдаются случаи летального исхода. Для повышения эффективности лечения туберкулеза на фоне сахарного диабета 2 типа необходимо обеспечить раннее выявление, путем повышения настороженности врачей эндокринологов и ВОП, а также проводить разъяснительную работу с пациентами.

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Султонов Г.И.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан*

Цель. Изучить клиническую структуру впервые выявленного туберкулеза легких с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезней 307 больных туберкулезом легких, сочетанного с сопутствующими заболеваниями.

Результаты. Преобладали больные в возрасте 20-45 лет 184 (60%). Количество мужчин и женщин было одинаковым , 231 (75,2%) пациент, проживали на селе. И направлены в центр фтизиатрии после обследования в поликлиниках и стационарах общей лечебной сети. Структура туберкулеза представлена в основном инфильтративным туберкулезом у 230 (75%) пациентов, причем у большинства пациентов с инфильтратами выявлены каверны и бактериовыделение в 73% и 78% соответственно. Ведущей сопутствующей патологии были: ХОБЛ- 125 (40,7%) ; сахарный диабет – 103 (33,5 %) ; болезни желудочно- кишечного тракта- 89 (29 %) ; патология печени-79 (25,7 %) ; алкоголизм -82 (26,7%) %, . Другие болезни(ВИЧ, болезни сердечно- сосудистой системы) – 28 (9,1%)%. У некоторых пациентов имели сочетание 2-4 заболеваний одновременно. Таких пациентов было – 85 . Это были пациенты с сахарным диабетом, гипертонической болезнью или другие сочетания, именно в этой группе преобладали обширные процессы, с массивным бактериовыделением. Естественно у пациентов, имеющих по несколько сопутствующих заболеваний, эффективность лечения было достаточно низкой: бактериовыделение прекратилось в 71%, заживление каверн и того ниже- 57%

Выводы. Лиц, состоящих в группах риска в отношении туберкулеза в поликлиниках общей сети, необходимо наладить профилактическое флюорографическое исследование. Особое внимание необходимо уделять пациентам, имеющих сочетание заболеваний. Проведение санитарного просвещения

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цели и задачи исследования: изучить особенности течения и структуру туберкулеза мочевыделительной системы у лиц пожилого возраста .

Материалы и методы исследования: Нами изучены истории болезней 128 пациентов, пролеченных в урогенитальном отделении Андижанского областного противотуберкулезного диспансера, в течение 3 лет.

Результаты и их обсуждение: проведено исследование 109 в возрасте от 65 до 76 лет , причем процесс чаще выявлен у женщин – 65(59,6%) . Ранней жалобой почти у всех больных была дизурия- 80% пациентов; у (69,2%) одновременно беспокоила постоянная боль в поясничной области, к сожалению эту боль связывали с возрастом). У 26,9% пациентов установлен диагноз- почечная колика. 28 мужчин наблюдались в поликлинике длительное время по поводу хронического простатита. В общем анализе мочи выявлена - пиурия в 74% и гематурия- 60 %. Этим пациентам проведена цистоскопия и установлено нарушение резервуарной функции мочевого пузыря в 87 % при эндоскопии, язвы слизистой пузыря в 63%; у 35% туберкулезный цистит, 55,6% язвенный цистит, 8% микроцистис. У лиц пожилого возраста проба Манту дала положительный результат только у 35 % пациентов, в то время как Диаскинтест у этих же больных был положительным в 76,1% . Микобактерии туберкулеза бактериоскопическим методом выявлены у 28 % пациентов ПЦР в реальном времени у 56 выявлены БК. У 1 пациента установлена устойчивость к рифампицину.

Выводы: для уменьшения диагностических ошибок в диагностике туберкулеза мочевыделительной системы необходимо в общей лечебной сети уделять особое внимание пациентам пожилого возраста, страдающих резистентным к стандартной терапии пиелонефритом, циститом, простатитом, на пациентов с упорной дизурией. Использовать все доступные методы диагностики туберкулеза в настоящее время:

Диаскинтест и ПЦР в реальном времени. Обеспечить своевременную консультацию фтизиоуролога.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Абдумананова Р.К.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Цель. Выявить частоту сопутствующих заболеваний у больных лекарственно устойчивыми формами туберкулезом легких.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов, туберкулезом с лекарственно устойчивыми формами туберкулезом легких. Превалировали мужчин было 61 (62,2%). Впервые заболевших туберкулезом – 21 пациент, 77 пациентов состоящих на учете по поводу туберкулеза в течение 2-4 лет.

Наличие сопутствующих заболеваний выявлены при сборе анамнеза, объективном исследовании, лабораторные, биохимические и ультразвукографические методы диагностики, функциональные исследования сердечно-сосудистой системы.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных превалировал среди впервые выявленных превалировал инфильтративный туберкулез, среди хроников: фиброзно-кавернозный – у 39 (50,6%) и инфильтративный туберкулез легких – у 38 (49,4%). Множественная лекарственная устойчивость установлена у 89 больных, широкая у 9 пациентов.

Сопутствующие заболевания были выявлены 72 (73,4%), в том числе сахарный диабет – у 19 (26,3%), ХОБЛ – у 10 (13,8%), болезни сердечно-сосудистой системы – у 12 (16,6%), анемия – у 14 (19,4%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 5 (7%), холециститы – у 3 (4,1%), вирусный гепатиты В, С, А – у 5 (7%), ВИЧ инфекция – у 4 (5,6%). Наличие сопутствующих заболеваний снижало эффективность лечения, а также приводило к непереносимости противотуберкулезных препаратов, реже к переходу множественной лекарственной устойчивости в широкую, у 3 пациентов.

Выводы. Среди обследованных больных сопутствующие заболевания выявлены у 72 (73,4%) больных, и увеличение случаев развития широкой лекарственной устойчивости что диктует на необходимость, раннего выявления сопутствующих заболеваний и проведение коррекции лечения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ПРОПОЛИСОМ, У ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*Хакимова Р.А., Абдумананова Р.К., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю.
Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра фтизиатрии*

Цель: Изучить значения прополиса в целях профилактики и лечения неспецифических заболеваний глотки и ротовой полости у детей, больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования: нами проведено исследование 38 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Андижанского областного центра фтизиатрии и пульмонологии по поводу туберкулезной интоксикации и бронхоаденита, имеющих в анамнезе неспецифические заболевания ротовой полости.

Результаты исследования и их обсуждение: Всем детям при поступлении после проведенного комплексного исследования: включающее рутинные методы исследования, а также проводился Диаскинтест и при подозрении на туберкулез внутригрудных лимфатических узлов проводилась компьютерная томограмма. У 23 пациентов установлен диагноз- туберкулезная интоксикация, у 15 – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (у 6- малая форма туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у 9- инфильтративная форма). Всем пациентам клинический диагноз установлен на центральной врачебной комиссии центра. Кроме того все пациенты осмотрены ЛОР специалистом, стоматологом.

У детей дошкольного возраста- 27 у всех выявлены кариозные зубы в среднем 2-4; всего 5 детей регулярно чистят зубы, остальные от случая к случаю ; в то время как у детей с 8 по 14 лет из 11, только у 3 по 1 кариозному зубу. Такое явления связано с тем, что в школе проводится разъяснительная работа, дети самостоятельно регулярно чистят зубы.

Хронический тонзиллит диагностирован у 7, у этих пациентов были жалобы на боли в горле, неприятный запах изо рта. При осмотре у 4 пациентов отмечалось расширение лаку, гиперемия миндалин, при пальпации периферических лимфатических узлов у 4 отмечалось увеличение подчелюстных и переднее шейных групп, размерами 1,5-2 см, плотноватой консистенции. Показатели гемограммы у всех пациентов оставались в пределах нормы. У 4 пациентов развился стоматит, после приема противотуберкулезных препаратов, пациенты жаловались на обильное слюноотделение, боли в языке, усиливающиеся во время приема пищи, снижение аппетита.

Выводы: В результате проведенного лечения у больных наступало заметное улучшение фарингоскопической картины: из лакун исчезало патологическое содержимое, прекращался неприятный запах изо рта, уменьшался регионарный лимфаденит, ступневывались признаки хронического воспаления небных дужек.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Хакимова Р.А., Садыкходжаев С.Б., Абдукадирова Г.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью исследования является изучение клинического течения туберкулезной инфекции в разное время после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни пациентов перенесших COVID-19, у которых в последующем диагностирован туберкулез- 96 пациентов. Кроме того в разработку включены 35 пациентов имеющие в анамнезе туберкулез, которые после перенесенной ковидной инфекции, повторно госпитализированы в противотуберкулезный центр.

Результаты и обсуждение.

В исследованной группе преобладали лица до 40 лет- 59 (61,4%), преимущественно мужчины- 72 (75%), жители села- 60 (62,5%). Все эти пациенты, получали стационарное лечение в специализированных ковид центрах, объем поражения паренхимы легких составлял минимум 45% , максимум 73%. У этих пациентов после лечения- выявлен фиброз паренхимы легкого. Исследование сроков развития туберкулеза, после перенесенной коронавирусной инфекции, пациентов распределили на следующие группы: 1 группа пациентов у которых туберкулез диагностирован через 1-2 месяца 24 (25%); 2 группа срок возникновения составил 3-4 месяца- 58 (60,4%); 3 группа срок возникновения 5-6 месяцев - 12 (12,5%); 4 группа срок развития туберкулеза свыше 6 месяцев - 2 (2,1 %). 2 группа в которой наблюдалось 58

пациентов у 50 пациентов инфильтративный туберкулез у всех бактериовыделением, у 6 пациентов выявлены туберкуломы легких, распад диагностирован (47). У пациентов в 3 и 4 группах у 10 пациентов имел двусторонний инфильтративный процесс, протекающий с выраженной казеозным перерождением паренхимы легких, у всех определялись каверны, также все они выделяли микобактерии у 1 пациента выявлена множественная лекарственная устойчивость. У 4 пациентов установлен фиброзно-кавернозный туберкулез туберкулез, БК+. Изучение течение туберкулеза у пациентов имевших в анамнезе перенесенный туберкулез 35 человек, которые перенесли коронавирусную инфекцию. из 35- 23 были сняты с учета по выздоровлению от туберкулеза. 12 пациентов, получали противотуберкулезные препараты в стационаре.

Выводы: для предупреждения развития туберкулеза у лиц, перенесших коронавирусную инфекции необходимо в поликлиниках осуществлять реабилитационные мероприятия, особенно у лиц, с остаточным фиброзом легких. Если у пациентов после ковида длительно сохраняются или имеется присоединение легочных симптомов, необходимо направлять своевременно к фтизиатру. в фтизиатрических центрах, среди больных хроников необходимо проводится разъяснительную работу по профилактике коронавирусной инфекции и при ухудшении самочувствия, появления лихорадки и усилении кашля немедленно обращаться к врачу фтизиатру или терапевту по месту жительства.

ЧАСТОТА ГЕПАТОМЕГАЛИЙ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

*Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Султанов Г.И., Мавлянов М.К.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель. Изучение частоты встречаемости гепатомегалии и разработка мероприятий по профилактике побочных действий противотуберкулезных препаратов у ВИЧ-инфицированных детей с туберкулезом.

Материалы и методы. Нами изучено 216 историй болезни детей с сочетанной инфекцией, находившихся на стационарном лечении в областном диспансере.

Результаты и обсуждение. Основной клинической формой являлся туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в 75,7%. При поступлении в стационар у 150 детей при осмотре выявлены изменения печени, причем у 98 детей отмечено значительное увеличение размеров живота, при пальпации у этих пациентов установлена гепато- и сплено-мегалия: до 5 см печень была увеличена у 29, до 1-2 см – у 22 пациентов. Сонограмма почти полностью совпадала с данными клинического исследования. Биохимические анализы выявили незначительное повышение билирубина у 13 больных, повышение трансаминаз – у 20. Все перечисленные изменения учтены при проведении антибактериальной терапии, этим больным с первых дней терапии в схему лечения обязательно включали гепатопротекторы (эссенциале или карсил). Больным с диссеминированным и первичным туберкулезным комплексом также подключены к терапии глюкокортикоиды.

Выводы. У детей с коинфекцией и гепатомегалией при проведении химиотерапии обязательным является комплексное лечение с включением гепатопротекторов и при необходимости глюкокортикоидов, что позволяет предупредить развитие побочных действий противотуберкулезных препаратов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО
УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Хакимова Р.А. , Мавлянов И.К., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Изучить частоту выявления вирусных гепатитов у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких.

Материалы и методы. Проведено исследование 38 пациентов туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью, имеющих в анамнезе перенесенный вирусный гепатит А,В,С, получивших лечение в Андижанском областном центре фтизиатрии. Среди исследованных пациентов отмечено преобладание мужчин в 2 больше, чем женщин 23 и 12 соответственно. Возрастная структура –установила большинство исследованных в возрасте 20- 45 лет, причем большинство из них были жителями села, в настоящее время не имели постоянное место работы.

Результаты и обсуждение. По клиническим формам исследованные больные распределились следующим образом: очаговый туберкулез- у 2 (5,2%); инфильтративный туберкулез (2 сторонний с распадом) –у 18 (47,4%), Фиброзно-кавернозный туберкулез- у 11 (29,2 %) больных, диссеминированный – у 2 (5,2%), туберкулома у -1(2,6%); туберкулёзный плеврит – у 4 (5,2%).

Из 38 пациентов : у 28 установлена множественная лекарственная устойчивость (изониазид+ рифампицин), у 10 широкая лекарственная устойчивость. У 21 пациента туберкулез был выявлен впервые, 17 пациентов- это больные хроники, длительность наблюдения в противотуберкулезном диспансере составил от 3 до 6 лет. Из 28 пациентов у 5 выявлена множественная лекарственная устойчивость, среди хроников 23 выявлена множественная лекарственная устойчивость, у 10 широкая лекарственная устойчивость. У 29 пациентов с лекарственной устойчивостью, выявлен HBsAg.

При серологическом обследовании крови чаще встречались маркеры вирусного гепатита В- 18 и вирусного гепатита С- 6 . Из 38 пациентов с лекарственной устойчивостью, причиной формирования явилось плохая переносимость препаратов, в связи с чем приходилось отменять препараты, нередко больные, прерывали лечение. Однако больным с перенесенным вирусным гепатитом А,В, наряду с противотуберкулезными препаратами применялись гепатопротекторы, регулярно исследовали функцию печени, в связи с чем в данной группе удалось достигнуть неплохих результатов лечения. Следующими факторами, снижающими эффективность лечения является : злоупотребление алкоголя – 8(21%) и курение – 16(42,1 %) .

Рентгенологические проявления специфического процесса были следующие: у большинства больных – 17 (53,1%) туберкулезный процесс был двухсторонний, у 15 (46,9%) – односторонний, распад в легких определялся у 8 (25%) больных.

Выводы. У больных с развившейся лекарственной устойчивостью , имеющих в анамнезе перенесенный вирусный гепатиты , чаще выявляются серологические антигены гепатитов В и С, среди больных с хроническим течением туберкулеза чаще выявляется множественная и широкая лекарственная устойчивость, связанной как с наличием вредных привычек, так и непереносимостью препаратов и в связи с этим частыми перерывами в лечении, что требует ранней коррекции лечения .

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

*Халилова З.Т., Касимов И.А., Осипова Е.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.*

Острота проблемы ботулизма у детей для органов здравоохранения определяется высокой летальностью и возможностью серьезных осложнений, приводящих к инвалидизации. Несмотря на некоторые успехи в борьбе с ботулизмом, эта инфекция по-прежнему остается неуправляемой, часто с неблагоприятным исходом. Одной из причин вышесказанного, к сожалению, является и продолжается приготовление на зиму запасов в виде солений и салатов среди жителей нашей республики. Именно консервы домашнего приготовления являются основной причиной такого заболевания, как ботулизм. Несмотря на то, что ботулизм регистрируется гораздо реже, чем другие кишечные инфекции и отравления, он остается опасным для жизни заболеванием.

В Республике Узбекистан проблема инфекционных заболеваний, в том числе пищевых токсикоинфекций (ПТИ) и ботулизма, является очень актуальной по своей социальной и экономической значимости и имеет важное значение в реализации национальной программы по снижению важнейших инфекционных заболеваний. Пик выявления ПТИ и ботулизма с тяжелым и осложненным течением наблюдался в 2006-2008 гг. во всех регионах республики Узбекистан. Более 70% случаев на ПТИ и ботулизм приходится на долю детского возраста. Летальность от ботулизма у детей увеличилась в 1,5-2 раза. Случаи ботулизма у детей регистрировались не только в домашних условиях, но и в детских коллективах.

Симптомы ботулизма у детей, особенно в раннем и младенческом возрасте во многом отличаются от клинических проявлений ботулизма у взрослых. Для ботулизма младенцев характерна неврологическая симптоматика. Следует отметить, что у этих пациентов нет факта употребления продуктов, которые могли бы содержать ботулинический токсин. Ботулизм у грудных детей (ботулизм младенцев) наблюдается чаще при искусственном вскармливании. Инкубационный период неизвестен, и установить его не представляется возможным. Первыми проявлениями болезни могут быть вялость детей, слабое сосание или отказ от него, задержка стула. Появление офтальмоплегических симптомов, хриплый плач, поперхивание должны навести на мысль о возможности ботулизма с неотложным проведением соответствующих диагностических и лечебных мероприятий.

При раннем развитии поражений дыхательных мышц эта болезнь может быть причиной так называемой внезапной смерти детей годовалого возраста. Офтальмоплегические, бульбарные, миостенические синдромы у детей идентифицируются очень трудно. Распознавание у детей таких симптомов как диплопия (двоение в глазах), нистагм, птоз, сухость во рту, нарушение глотания, расширение зрачков, дисфония выявляется поздно. Определенные трудности представляет симптом поперхивания. Кроме того, в диагностике ботулизма у детей представляет трудность в проведении дифференциальной диагностике ранних и характерных симптомов с другими неврологическими симптомами.

Пациенты, страдающие ботулизмом, нуждаются в немедленном оказании медицинской помощи в условиях отделения интенсивной терапии. Очень важной является ранняя диагностика инфекции, а также раннее проведение лечебных, профилактических и санитарно-эпидемических мероприятий. При массовом характере заражения крайне важно выявить больных в первую очередь нуждающихся в экстренной медицинской помощи.

Проведена лабораторная диагностика случаев ботулизма в реакции нейтрализации ботулотоксина в биологической пробе. Предварительный анализ данных показал, что анализ биологического материала и пищевых продуктов общее количество составляло -

180. Из них: консервы – 10, кровь – 50, кал – 40, рвотные массы – 40, моча – 40. Положительных результатов проб оказалось - 17. Из них: консервы – 3, кровь – 4, кал – 4, рвотные массы – 7, моча – 2 (указаны все положительные пробы, а не число больных).

Выявлены следующие типы возбудителя ботулизма: тип А – 11, тип В – 3, тип С – 3.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Халилова З.Т., Бурибаева Б.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Острая кишечная инфекция (ОКИ), которые продолжают оставаться наиболее частыми заболеваниями детского возраста после ОРВИ, являются актуальными для педиатрии не только как заболевания приводящие развитию тяжелого состояния у детей, но и как болезни, влияющие на дальнейшее развитие ребенка. В педиатрической практике среди бактериальных агентов особую роль играет кишечная палочка - *Escherichia coli*. В структуре ОКИ уточненной этиологии на долю эшерихиозов у детей приходится от 15 до 36%, у взрослых этот показатель ниже 15%.

Нами были изучены особенности клинического течения энтеропатогенных и энтероинвазивных эшерихиозов в сравнительном аспекте. Под наблюдением находились 82 больных детей эшерихиозом в раннем возрасте: 54 (65,8 %) - энтеропатогенными, 28 (34,2 %) - энтероинвазивными.

Выявлены характерные клинические изменения при анализе полученного материала. Так, у больных энтеропатогенным эшерихиозом при легком течении болезни не наблюдались такие симптомы, как снижение артериального давления и температуры тела, затуманное сознание, сильные головные боли, отсутствие аппетита, бледность и сухость кожи, снижение тургора кожи, жесткое дыхание в легких, боль по направлению кишечника, уплотнение сигмы, увеличение печени, олигоурия, анурия. Для среднетяжелого течения болезни были характерны следующие симптомы: пониженное артериальное давление, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, боли по направлению кишечника, уплотнение сигмы.

Для больных с тяжелым течением заболевания не была характерна тяжесть в эпигастриальной области. Необходимо отметить, что такие проявления болезни как затуманное сознание, отсутствие аппетита, боли по направлению кишечника, уплотненная сигма, увеличение печени, анурия отмечались только у больных с тяжелым течением заболевания.

Практически аналогичная закономерность установлена при изучении длительности клинических симптомов заболевания у больных энтероинвазивным эшерихиозом в зависимости от тяжести заболевания.

В то же время в отличие от больных энтеропатогенным эшерихиозом у больных с энтеропатогенным эшерихиозом такие симптомы как тяжесть в эпигастрии, боли по направлению кишечника, уплотненная сигма регистрировались независимо от тяжести течения болезни. Важно подчеркнуть, что у больных энтероинвазивным эшерихиозом не развивались проявления острой почечной недостаточности.

У определенного контингента больных выявилась дегидратация различной степени. Так, у больных энтеропатогенным эшерихиозом I степень дегидратации наблюдалась у 9 (16,6 %) больных, II степень - у 11 (20,3%), III степень - у 3 (5,5 %) больных детей.

В группе же больных с энтероинвазивным эшерихиозом эти цифровые данные выглядели следующим образом: 4 (14,2%), 5 (17,8 %), и 1 (3,5 %) соответственно.

Таким образом, проявления диарейного синдрома и нарушение электролитного обмена, оцениваемое по степени дегидратации, более характерны для больных энтеропатогенным эшерихиозом, чем энтероинвазивным, что следует учитывать при назначении патогенетической терапии.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТА ПРИ МИГРЕНИ

*Хамидов О.Х., Рустамов Х.Ш., Кучкарова О.Б., Мухторов Р.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Мигрень (М) значительно ухудшает КЖ пациентов оказывая неблагоприятное воздействие на профессиональную деятельность и социальную жизнь КЖ у больных М вне зависимости от возраста оказывается ниже чем у, лиц не страдающих головными болями ГБ, при этом имеет место нарушение всех составляющих КЖ. Влияние М на жизнь пациента не ограничивается только аспектами, связанными с физическим здоровьем и приемом лекарственных препаратов. Страдает качество жизни членов семей больных М и семейные отношения. Снижение КЖ при мигрени оказывается более выраженным чем при диабете артериальной гипертензии остеоартрите, и боли в пояснице и примерно соответствует КЖ при сердечной недостаточности т. е. влияние М на благополучие пациентов значительно и сравнимо с другими хроническими заболеваниями известными как несомненно ухудшающие КЖ. Однако до настоящего времени остается не ясным какие именно, клинические особенности М оказывают неблагоприятное действие на КЖ

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов страдающих мигренью и его связь с личностными особенностями пациентов уровнями тревоги и депрессии.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 пациентов в возрасте 16–57 лет средний возраст ($38,01 \pm 9,84$) года ($M \pm StD$), страдающих мигренью. Обследование проводилось в межприступном периоде в амбулаторных условиях. Критерии включения в исследование возраст 16–57 лет диагноз мигрени установленный в соответствии с диагностическими критериями Международного общества головной боли.

Результаты исследования. Обследованные пациенты страдали М в течение длительного срока. У пациентов мигрень прослеживалась в семейном анамнезе. Заболевание характеризовалось наличием частых и продолжительных приступов интенсивных ГБ продолжительностью 4–52 ч сопровождавшихся тошнотой и в ряде случаев рвотой, а также светобоязнью и звуковой гиперестезией, у большинства ГБ усиливалась при физической нагрузке. Средняя длительность цефалгических атак оказалась равной 45,44 ч. Интенсивность ГБ во время приступа по ВАШ составляла от до баллов Болевые приступы значительно ограничивали повседневную активность пациентов хотя количество баллов по опроснику MIDAS и колебалось в широких пределах от 50 до 100 баллов. Пациенты использовали для купирования болевой атаки различные медикаменты как, правило комбинированные анальгетики пенталгин, баралгин, цитрамон седалгин, темпалгин и т. д. Результаты опросника . Migraine-АСТ также показали низкую удовлетворенность пациентов действием медикаментов: средний показатель по опроснику составил ($1,81 \pm 1,49$) балла полной удовлетворенности лечением соответствует показатель равный , 4 баллам). У обследованных пациентов выявлены высокие уровни актуальной и конституциональной тревоги тогда как уровень депрессии по опроснику Бека оказался невысоким. Основными клиническими чертами заболевания влияющими на КЖ оказались интенсивность ГБ во время приступов и степень нарушения повседневной активности по опроснику MIDAS, а также наличие ночных приступов и мигренозного статуса в анамнезе. Представляется интересным что КЖ у пациентов не коррелировало

с показателями эффективности терапии приступа количеством таблеток принимаемых, для купирования приступа и оценкой эффективности лечения по опроснику Migraine о влиянии которых на КЖ сообщалось ранее. Отсутствовала и корреляция КЖ с наличием лекарственного злоупотребления.

Вывод. На качество жизни при мигрени значительное влияние оказывают особенности личности пациента а именно приверженность пассивным, стратегиям преодоления боли уровни тревоги и депрессии.

ПРЕПАРАТ МЕТРОВИТ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

Хамидов Ф.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования - изучение клиническую эффективность экстракта Метровит в лечении больных паратравматической экземой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 80 больных паратравматической экземой (42 мужчин, 38 женщин), в возрасте от 18 до 54 лет. У всех 80 больных было диагностировано – паратравматическая форма микробной экземы. Провоцирующими факторами у больных микробной экземой были различные операционные процедуры, контакты с различными химическими веществами, растениями и т.п.

Больные получали стандартное лечение, а местно на патологические очаги применяли экстракт Метровит а в виде примочек. В состав препарата входят экстракт различных растений, спирт этиловый 40%, вода дистиллированная. Препарат с бактерицидным, фунгицидным, противовоспалительным и противоязвенным действием для наружного и местного применения оказывает также подсушивающее, вяжущие, противозудное и ранозаживляющее действие, ускоряет регенерацию клеток эпителия. Больные прикладывали 4-6 слойную марлю, смоченную 3-5⁰С холодным экстрактом Метровит, на пораженный очаг 7-8 раз в день в течение нескольких дней. После высыхания очаги паратравматической экземы обрабатывались кремами и мазями.

Результаты и обсуждения. У всех 80 больных паратравматической экземой мокнущие очаги после применения экстракта Метровит начинали высыхать на 1,82±0,21 день. Воспалительные явления уменьшались на 3,41±0,15 день, зуд – на 3,52±0,21 день, инфильтрации - на 5,21±0,12 день. Под воздействием препарат образовались серозно-гнойные корки, после применения кремов и мазей они отпадали на 5,38±0,12 день. После лечения очаги поражения очищались и образовывались розовые пятна.

Как показывает исследование, бактерицидное и фунгицидное действие препарата метровит помогает быстрому очищению пораженного участка, подсушиванию за короткое время мокнущих очагов, исчезновению воспалительных явлений и заживлению кожи, устранению зуда.

Вывод. Препарат Метровит быстро снимает мокнутие, зуд, усиливает заживление патологического процесса при паратравматической экземе, воздействует на бактерии и грибки, не испачкает бельё, постельные принадлежности, показал высокую эффективность во время местной терапии. Провоцирующими факторами у больных паратравматической экземой были различные операционные процедуры, контакты с различными химическими веществами, растениями.

**КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ И РАЗЛИЧНЫЕ
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф., Хамидова М.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Красный плоский лишай (КПЛ) - хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся полигональными папулезными высыпаниями фиолетовым оттенком, в центре которых наблюдается пупковидное вдавление и зуд. По данным многих исследователей, в общей структуре дерматологической заболеваемости составляет до 2,5%, среди болезней слизистой оболочки рта - 35%. КПЛ может появляться в любом возрасте, однако, как утверждают авторы, приходится на возрастную группу от 30 до 60 лет. Заболевание развивается у женщин более чем в два раза чаще, чем у мужчин, в основном в перименопаузе женщин. Как указывают многие авторы, у пациентов КПЛ слизистых полости рта заболевание развивается с проявлениями в области кожи в 15% случаев и области гениталий - в 25%. В 1-13% наблюдается изолированное поражение ногтевых пластинок. КПЛ отличается частотой сочетания с различными соматическими болезнями: хроническим гастритом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, билиарным циррозом печени, сахарным диабетом и др., а также, могут встречаться лихеноидные поражения пищевода, желудка, кишечника, мочевого пузыря, эндометрия, что позволяет говорить о полисистемности патологического процесса при КПЛ.

Цель исследования: Изучить соматические заболевания, встречающиеся у больных красным плоским лишаем и корректировка терапии.

Материал и методы лечения. Под нашим наблюдением было 40 больных красным плоским лишаем в возрасте от 25 до 60 лет (25 женщин, 15 мужчин). Все больные были консультированы терапевтом, гастроэнтерологом, эндокринологом. Из 40 больных КПЛом у 28 пациентов наблюдался типичная (классическая) форма дерматоза, у 2 – атипичная, у 2 – гипертрофическая, у 1 - пемфигоидная; у 3 – фолликулярная; у 2 пигментная; у 2 – кольцевидная.

Результаты исследования. Из 28 больных классической формой КПЛ у 4 пациентов было диагностировано заболевания ЖКТ – хронический гастрит, по 1 больному гипертрофической, фолликулярной, пигментной и кольцевидной формой красного плоского лишая терапевтами был поставлен диагноз язва желудка и двенадцатиперстной кишки. У больного пемфигоидной формы был диагностирован сахарный диабет I типа. У всех больных данным дерматозом высыпные элементы отмечались слизистой оболочке полости рта. У 15 женщин Из 40 больных КПЛ у 29 было обнаружено поражения ногтей.

Все больные получили стандартную комплексную терапию с добавлением в неё препарата Колострум. У всех больных до и после комплексного лечения с применением Колострума, было исследовано МОС печени с помощью амидопириновой пробы. До лечения МОС было повышено у всех больных с КПЛ. После применения комплексного лечения с Колострумом показатели МОС печени снизились до показателей контрольной группы. А также у всех пациентов, было исследовано ДИКЖ до и после комплексного применения препарата Колострума. До лечения индекс ДИКЖ у всех больных показал высокие баллы. После применения комплексного лечения индекс ДИКЖ снижался. Показатели МОС и индекса качества жизни были высокими у больных атипичными формами КПЛ.

Выводы. Как показало исследование, из всех 40 больных у 12 наблюдалось атипичные формы КПЛ, у 9 отмечалось сопутствующая патология в виде заболеваний ЖКТ. У всех пациентах до лечения показатели антипирина (МОС печени) и индекса

ДИКЖ были высокими, особенно у пациентов с атипичными формами дерматоза, после лечения эти показатели снижались до показателей контрольной группы.

КОЛОСТРУМ ПРЕПАРАТИНИ ЎЧОҒЛИ АЛОПЕЦИЯДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

*Хамидов Ф.Ш., Пулатов Б.Т., Зокиров Ш.К., Мўйдинов М.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Алопецияни даволаш замонавий дерматология ва косметологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Ҳозирги вақтда сочларни муваффақиятли ўсишини таъминлайдиган терапия мавжуд эмас.

Тадқиқотнинг мақсади: ўчоғли алопеция билан оғриган беморларда колострум препаратини комплекс терапиядаги самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Бизнинг назоратимизда 50 нафар беморлар (34 нафар эркак, 16 нафар аёл) бўлиб, уларни ёши 20 дан 38 ёшгача эди. Беморларни барчасида стандарт текшириш усуллари ўтказилгач ўчоғли алопеция (ЎА) диагнози қўйилди. Беморлар колострум препаратини комплекс терапия таркибида 1-2 мл дан кунига 2 маҳалдан овқатдан олдин қабул қилишди. Мелоксикам препарати кунига 2 маҳалдан жароҳат ўчоғларига 6 ой давомида сурилди. Беморларни барчасида ҲСДИ ва жигарнинг моноксигеназ тизими (МОТ) амидопирин кўрсаткичлари орқали комплекс даволашдан олдин ва кейин ўрганилди.

Тадқиқотни натижалари. Беморларда ҲСДИ индекси комплекс даводан ўрганилганида ўртача кўрсаткич $25,44 \pm 1,31$ баллни кўрсатди. Комплекс даво ўтказилиш давомида 6 ойдан кейин эса ҲСДИ индекси кўрсаткичи $11,05 \pm 0,33$ балл бўлгани аниқланди. Барча беморларда колострум препаратлари комплекс қўлланилганидан сўнг ножўя таъсирлар кузатилмади. МОТ кўрсаткичлари даво комплекс даводан олдин юқори эканлигини кўрсатди. Комплекс даводан кейин эса МОТ кўрсаткичлари меъёрлаша бошлагани аниқланди.

Хулоса. Шундай қилиб, 50 нафар колострум препаратини комплекс терапия таркибида олган беморларнинг 90% да ижобий ўзгаришлар кузатилган бўлса, 10% да препаратларни ножўя таъсири аниқланмаган бўлсада даво самарадорлик кузатилмади. ҲСДИ ва МОТ кўрсаткичларидаги ижобий ўзгаришлар беморларда ўтказилган комплекс терапиядан кейин самара берганидан далолат берди.

АРТРОПЛАСТИКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ШЕЙКИ БЕДРА

*Хамраев А.Ш., Тугузуов Б.Э. Исмаилов Н.У., Кобилов Н.Р., Хаитов А.А.,
Эргашев А.З., Мамажонов Ш.Т., Мирзаахмедов Ф.М.
Тошкентская медицинская академия*

Разная длина конечностей после эндопротезирования тазобедренного сустава является наиболее частым осложнением и, по данным литературы, достигает 27% случаев. Это осложнение чаще всего встречается при эндопротезировании по поводу ложных суставов шейки бедра. Хромота, связанная с этим, является одной из основных причин судебных исков против хирургов.

Эндопротезирование не преследует цели удлинения конечности! И по этой причине эндопротез устанавливают в положении, при котором его можно вправить. Насильственное низведение бедра с последующим вправлением чревато одним из грозных осложнений эндопротезирования, как протрузия головки.

Факторы, которые способствуют этому осложнению следующие: ослабление кости за счет остеопороза; при одинаковых условиях вогнутая часть вертлужной впадины является более слабой по сравнению с выпуклой частью головки бедренной кости; присутствие контрактуры, следовательно, и перенапряжения мышц, ведут к увеличению давления на суставные поверхности; жесткое действие суставных концов за счет отсутствия хряща.

В целях уменьшения «протрузионного» давления и без насильственного вправления бедра мы предлагаем выполнить тенотомию *m.ileopsoas*. Предлагаемая методика направлена на уменьшение травматичности операции при низведении бедра, уменьшение давления головки на хрящ, уменьшения контактное трение, приводящее к износу хряща.

Поставленная задача достигается тем, что рассекается *m.ileopsoas* у места прикрепления к малому вертелу. Это позволяет менее травматично низвести пораженную конечность, исключит тракцию данной мышцы, что в свою очередь уменьшит давление головки эндопротеза во впадину и силу трения между ними.

Возникает вопрос, как это повлияет на функцию нижней конечности?

При тенотомии происходит выпадение функции подвздошно-поясничной мышцы (*m.iliopsoas*). При этом больной, лежа, может слегка приподнять разогнутую в коленном

суставе ногу. Это движение совершается за счет функции прямой мышцы бедра (*m. rectus femoris*) и мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра (*t. tensor fasciae latae*). Как только больной сядет, возможность приподнять разогнутую ногу исчезает. Если, больного, у которого имеется отрыв малого вертела, усадить на стол так, чтобы обе ноги свисали с края стола, и предложить ему поднять поврежденную ногу, поставив пятку на стол, то выполнить этого он не может.

А также, больной при разогнутых коленных суставах не в состоянии нагнуться и поднять с пола какой-либо предмет. В литературе описаны случаи выполнения тенотомии *m.iliopsoas* при *iliopsoas impingement* после тотальной эндопротезирования. Результаты исследований показали, данная манипуляция практически не влияет на функцию нижней конечности, в частности на походку пациента.

Таким образом, тенотомия *m.iliopsoas* продлевает срок службы эндопротеза, долгое время сохраняется суставной хрящ, головка эндопротеза не продавливается в малый таз и не возникает болевой синдром.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ КОВИДНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Холбобоева Ш.А.

Ферганский институт общественного здравоохранения

Введение. Постковидный синдром – это комплекс сохраняющихся симптомов, которые развиваются во время или после перенесенного COVID-19, продолжают больше 12 недель и не объясняются другим альтернативным диагнозом. После выздоровления от острого заболевания на протяжении многих месяцев пациенты могут испытывать широкий спектр симптомов, часть из которых являются специфичными именно для коронавирусной инфекции. Постковидный синдром новый, малоизученный феномен в современной терапевтической практике, однако, несмотря на это, он признан мировым медицинским сообществом и добавлен в МКБ-10.

Поражение желудочно-кишечного тракта и печени во время COVID-19 связаны как с влиянием самого вируса, так и с применяемой для лечения коронавирусной инфекции лекарственной терапией. Поражение желудочно-кишечного тракта вирусной инфекцией обусловлено тем, что клетки-мишени, в которые способен проникать вирус

SARS-CoV-2, расположены в слизистой оболочке верхних дыхательных путей, желудка и кишечника. Кроме того попадая в клетки кишечника, вирус вызывает увеличение проницаемости кишечной стенки, и благодаря этому попадает в печень, где также вызывает воспаление.

Цель исследования. Целью исследования является изучение профилактики и лечения после ковидных симптомов при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Материалы и методы исследования. Для решения поставленную задачу, мы обследовали в общей сложности 35 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, у которых были последние симптомы COVID-19.

Результаты исследования. В ретроспективном исследовании у 179 пожилых пациентов, получавших ИПП, вероятность заражения SARS-CoV-2 и развития COVID-19 была в 2,3 раза меньше (ОР 0,44, 95% ДИ 0,23–0,81), чем у пациентов, не принимавших ИПП.

Показано, что семейство коронавирусов (CoV) способно напрямую воздействовать на печень, хотя о SARS-CoV-2 известно мало. Повреждение ткани печени отмечалось у 60% пациентов с инфекцией SARS-CoV-1, которая была идентифицирована как причина вспышки SARS в 2003 г. В гистологическом материале, полученном при биопсии ткани печени пациентов, инфицированных SARS, отмечалось усиление митоза и апоптоза вместе с положительной полимеразной цепной реакцией с обратной транскрипцией, соответствующей коронавирусной инфекции, связанной с SARS .

Геном SARS-COV-2 на 82% идентичен геному SARS-CoV-1, поэтому предполагается, что у пациентов с инфекцией COVID-19 также возможно прямое повреждение печени в результате вирусной инфекции. Однако в описанном в литературе случае аутопсии геном вируса SARS-CoV-2 не был обнаружен в ткани печени пациента.

Отклонение от нормы хотя бы одного биохимического маркера печени выявлено у 53% пациентов с инфекцией COVID-19. На основании полученных данных исследовательской группы китайских ученых было установлено, что повреждение печени в основном проявляется в виде умеренного цитолитического синдрома, реже встречается синдром холестаза.

Повышение уровней АСТ и АЛТ зарегистрировано в 22 и 21% случаев соответственно, изменение показателей щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы – в 4 и 18% случаев соответственно. Лишь у 5% пациентов наблюдалось ранее существовавшее заболевание печени, что позволяет предположить прямую связь изменения биохимических маркеров печени с инфекцией. Интересно, что исследование с использованием метода секвенирования РНК показало более высокую экспрессию АПФ2 в холангиоцитах по сравнению с гепатоцитами. Исследователи предположили, что SARS-CoV-2 может приводить к прямому повреждению внутрипеченочных желчных протоков.

Вывод. Таким образом, опубликованные данные достаточно противоречивы. В исследовании, показавшем большое количество сопутствующих инфекций у больных, принимавших ИПП, почти у 50% пациентов не было четких показаний к кислотосупрессивной терапии. Это еще раз подчеркивает необходимость назначения лекарственных средств в эпоху COVID-19 только по показаниям.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

*Холикова Н.А., Ганиев Б. С., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р.
АндГосМИ, Андижан*

Осознание генетических механизмов возникновения БА приведет к новому пониманию генеза заболевания и позволит сделать значительный шаг в разработке методов лечения и профилактики. Определение степени наследственной предрасположенности к БА и идентификация значимых факторов среды не только повысит уровень оказания помощи больным, но и позволит разработать меры действенной профилактики астмы, провести индивидуальный подбор методов лечения с учетом особенностей генотипа каждого больного. К факторам внешней среды, имеющим влияние на организм человека относят ксенобиотики. Ксенобиотики – чужеродные для организма вещества: промышленные отходы, препараты бытовой химии, вакцины, вирусы и др., которые не используются организмом в качестве источников энергии, пластических материалов или катализаторов. Попадая в окружающую среду в значительных количествах, ксенобиотики могут быть причиной многих заболеваний, влиять на генетический аппарат организмов, вызывать их гибель или мутации, нарушать равновесие природных процессов в биосфере. Влияние загрязнения атмосферного воздуха в промышленных городах увеличивает напряжение неспецифических адаптационных реакций, о чем свидетельствуют отклонения в показателях (иммунологических, биохимических, морфологических) условного контроля. В городах Узбекистана наблюдается интенсивное загрязнение атмосферного воздуха, которое в свою очередь вызывает заболевания верхних дыхательных путей, в том числе различные проявления аллергического состояния. Установлены достоверные корреляционные связи между заболеваемостью БА и загрязнением атмосферного воздуха такими распространенными аллергенными факторами, как пыль и диоксид азота. Большое количество экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что факторы окружающей среды, быстрая урбанизация, неудовлетворительный контроль за загрязнением окружающей среды, сложный характер загрязняющего воздух имеет влияние на усиление симптомов астмы. Доказано, что распространенность симптомов астмы выше у детей, живущих около источников транспортного загрязнения. Основной проблемой, приводящей к нерациональным назначениям, являются ошибки врачей при интерпретации тяжести состояния пациента.

Проведенный анализ позволил заключить, что среди исследуемых пациентов с БА, только в 46,2% случаев проводилась фармакотерапия, соответствующая требованиям GINA. В целом в РУ за 2016-2017 годы отмечалось снижение распространенности болезней органов дыхания на 100000 населения (-2,5%). Также за исследуемый период отмечено снижение распространенности БА как в абсолютных числах (-0,1%), так и на 100000 населения (-3,0%). Кроме того, было отмечено снижение заболеваемости БА и болезнями органов дыхания как в абсолютных числах (-16,3% и -1,9% соответственно), так и на 100000 населения (-18,7% и -4,8% соответственно). Неблагоприятная ситуация по распространенности БА характерна для г. Ташкент, Андижанской, Джизакской, Кашкадарьинской, Ташкентской, Хорезмской областей. Неблагоприятная ситуация по заболеваемости БА характерна для Андижанской, Кашкадарьинской, Сурхандарьинской, Ферганской, Хорезмской областей и Республики Каракалпакстан.

**ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

*Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Ганиев Б.С., Усмонов Б.У.
АндГосМИ, Андижан*

В течение последнего столетия бронхиальная астма (БА) из редко наблюдаемой в клинической практике болезни стала одной из самых распространенных, представляющих значительную социальную проблему, как для детей, так и для взрослых. БА болеют во всех странах, независимо от уровня развития, но ее распространенность различается между популяциями даже внутри одной страны. Очевидно, что за последние 20 лет распространенность этого заболевания заметно возросла. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, а том, те 4-10% населения стран мира страдают бронхиальной астмой различной степени выраженности, но пока недостаточно данных, определяющих вероятные причины роста БА, а также данных по различиям внутри и между популяциями. Существующие данные по распространенности БА получены в основном из развитых стран, однако и здесь не существует сведений о тяжести заболевания в различных популяциях.

Статистические показатели в России, как правило, базируются на данных, полученных из обращаемости за медицинской помощью, и не отражают истинной распространенности заболевания, так как первичное обращение зачастую обусловлено потребностью в оказании неотложных медицинских мероприятий у больных, уже имеющих среднюю или тяжелую степень заболевания. Если исходить из данных медицинской статистики, складывается парадоксальная ситуация: один из самых низких показателей заболеваемости БА в мире сочетается с высоким уровнем временной нетрудоспособности, инвалидности, госпитализации, летальности. Изучение распространенности бронхиальной астмы позволит получить истинный процент пациентов БА в Томске, предоставит возможность определить объем и характер лечебно-профилактических мероприятий, и позволит разработать региональную программу по борьбе с БА.

Одним из основных механизмов развития бронхиальной астмы является реализация сенсibilизации организма человека в ответ на взаимодействие с различными аллергенами. Для пациентов с бронхиальной астмой основными триггерами, запускающими развитие персистирующего аллергического воспаления в нижних и верхних дыхательных путях, являются аэроаллергены, к которым относятся: пыльца растений, антигенные детерминанты домашней пыли, клещей домашней пыли, аллергены животных, а также микогенная сенсibilизация (GINA, 2014). При этом до конца не ясны сезонность цветения, периоды выделения спор грибами, а также остаются вопросы по составу домашней пыли, которая достаточно 5 разнородна по своей структуре в зависимости от региона. Аллерген-специфическая иммунотерапия на сегодняшний день является единственным методом патогенетического лечения пациентов с атопией. Несмотря на применение метода аллерген-специфической иммунотерапии в течение более ста лет остаются открытыми множество вопросов, касающихся режима введения препаратов, их дозирования, стандартизации выпускаемых лечебных аллергенов, а также длительности периода их использования. Несмотря на ряд исследований факторов риска БА и эпидемиологии данного заболевания, остаются не изученными и требуют дальнейших разработок ряд аспектов данной проблемы. Кроме того, представляется важным исследовать региональные особенности патологических факторов развития заболевания и их потенциальное влияние на распространенность БА, проживающих в Узбекистане.

АЛКАЛОИДЫ РАСТЕНИЙ *BERBERIS OBLONGA SCHNEYD* И
BERBERIS TURCOMANICA KAR.

Хомидов И.И., Махаматова С.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт

***Berberis oblonga* Schneid** - барбарис продолговатый - сильноветвистый кустарник высотой до 4 метра с черно-фиолетовыми плодами.

Ранее изучены различные органы *Berberis oblonga*, произрастающего в естественных условиях на территории Центральной Азии, а также молодые побеги культивируемого в Карагандинском Ботаническом саду Академии Наук Республики Казахстан и выделен ряд изохинолиновых алкалоидов.

С целью сравнительного изучения алкалоидного состава и содержания главного алкалоида в культивируемом и дикорастущем виде мы исследовали алкалоидный состав листьев *Berberis oblonga*, интродуцированного в Карагандинском Ботаническом саду.

Листьев *Berberis oblonga* собранных в фазе начала плодоношения, экстрагировали хлороформом и получили 0.15% суммы алкалоидов, в которой главным является апорфиновый алкалоид таликмидин (0.05%). При хроматографическом разделении полученной суммы на колонке с силикагелем помимо главного алкалоида изолировали изокоридин, глауцин, оксиакантин, бербамин и берберин.

Алкалоидный состав *Berberis oblonga*, культивируемого в Карагандинском Ботаническом саду Республики Казахстан по количественному составу отличается от такового дикорастущего вида, произрастающего в Центральной Азии. Содержание берберина в молодых побегах меньше, чем в дикорастущем, а в листьях главным алкалоидом является таликмидин, а не глауцин, как в дикорастущем.

Апорфиновый алкалоид изокоридин выделен из данного вида впервые: Изокоридин. Кристаллы из ацетона с т.пл. 183-184⁰С. Масс-спектр, m/z,(%): 341 (M⁺, 0.70), 340 (35), 326 (100), 324, 310, 256. Тонкослойная хроматография в системах бензол-этанол 9:1, Хлороформ-метанол 97:3 (Al₂O₃, R_f=0.73 и 0.78 соответственно).

***Berberis turcomanica* Kar.** - барбарис туркменский – кустарник 3-4 м высоты, плоды-кисти длиной 3-9 см., рыхлые. Растение является эндемичным видом. Произрастает от низких предгорий до верхнего пояса гор на территории Туркменистана, часто образует заросли около родников. Молодые побеги *Berberis turcomanica* содержат 1.30 % суммы оснований, главными алкалоидами являются берберин (0.29 %) и магнофлорин (0.17%). Из листьев получено 0.27% суммы оснований, из них 0.07% составляет берберин.

Нами изучен алкалоидный состав листьев и молодых побегов *Berberis turcomanica*, собранных в горах Копетдага на территории Республики Туркменистан. Хлороформной экстракцией листьев, собранных в фазу плодоношения в окрестностях Бендеинска (район Кара-Кала, Туркменистан), получили 0.14% суммы алкалоидов. Главным алкалоидом в сумме является апорфиновый алкалоид таликмидин (0.02 %). Хроматографированием полученной суммы на колонке с силикагелем выделили глауцин, изокоридин, таликмидин, оксиакантин, аромолин и новое основание туркоманин. Из листьев, собранных в фазу конца цветения в окрестностях села Ходжа-Кала (район Кара-Кала, Туркменистан), изолировали 0.11 % суммы оснований. Разделением полученной суммы на колонке выделили глауцин, изокоридин, таликмидин, оксиакантин, армепавин, берберин, корипаллин и новые основания туркоманидин и туркаманин.

Метанольной экстракцией молодых побегов, собранных в окрестностях Бендеинска (район Кара-Кала, Туркменистан) в фазу плодоношения, получили 0.89 %

суммы алкалоидов, из них 0.3 % составляет берберин. Разделением полученной суммы выделили оксиакантин, изоболдин, берберин и колумбамин. При рехроматографировании на колонке с окисью алюминия маточников, полученных из эфирной суммы молодых побегов *Berberis turcomanica*, выделили нейтральное соединение – циклотривератрилен.

Таким образом, исследованием алкалоидов молодых побегов и листьев *Berberis turcomanica* Kar. выделено 13 алкалоидов и одно нейтральное соединение. Из выделенных алкалоидов изоболдин, изокоридин, таликмидин, аромолин и оксиакантин из данного вида выделены впервые, а N-Метилкоридальдин и папаверин выделены впервые из рода *Berberis*.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Хужамбердиев М.А., Таштемирова, И.М., Узбекова Н.Р., Бахриддинова Н.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан*

В последние годы все чаще словосочетание "метаболический синдром" (МС) звучит в кабинетах врачей кардиологов и эндокринологов, нередко встречается в научно-популярной литературе. Клиническая значимость нарушений и заболеваний, объединенных рамками синдрома, заключается в том, что их сочетание в значительной степени ускоряет развитие и прогрессирование атеросклеротических сосудистых заболеваний, которые, по оценкам ВОЗ, занимают первое место среди причин смертности населения индустриально развитых стран.

Схема обследования больных на стадии доклинических проявлений: выявление наследственной предрасположенности к ожирению, СД, ИБС, АГ, социальный анамнез (особенности образа жизни, пищевые привычки), антропометрические измерения (рост, вес, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ), мониторинг АД, ЭКГ-исследование определение биохимических показателей уровня триглицеридов, холестерина ХЛ ЛВП, ХЛ ЛНП, апо-В плазмы, определение глюкозы крови натощак, инсулина крови натощак, по показаниям проведение глюкозо-толерантного теста. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов, определяющих суммарный риск развития и прогрессирования клинических проявлений. Это основной принцип стратегии первичной и вторичной профилактики.

Лечение: Цели лечения больных с МС - максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности. Снижение массы тела на 10-15% от исходной сопровождается уменьшением массы висцеральной жировой ткани. Это, как правило, приводит к улучшению чувствительности к инсулину, уменьшению системной гиперинсулинемии, улучшению показателей липидного и углеводного обменов, снижению артериального давления. Многочисленными работами показано, что метформин улучшает чувствительность периферических тканей к инсулину, способствует торможению процессов глюконеогенеза и гликогенолиза в печени. Препарат способствует снижению системной гиперинсулинемии. Показано также гиполипидемическое, гипотензивное действие метформина и его влияние на фибринолитическую активность крови. Имеются сообщения об успешном применении препарата в лечении больных с метаболическим синдромом без НТГ и СД 2 типа. Больным с выраженной дислипидемией, неподдающейся коррекции диетотерапией, назначаются *гиполипидемические препараты*: статины (аторвастатин, розувостатин, правастатин) или фибраты. Решение о медикаментозном лечении дислипидемии базируется как на данных определения уровня липидов после соблюдения гиполипидемической диеты не менее 36 мес., так и на данных определения суммарной

степени риска развития атеросклероза. β -блокаторы, особенно неселективные, в высоких дозах могут увеличивать уровень триглицеридов, приводить к усугублению инсулинорезистентности, развитию дислипидемии и снижению уровня ХЛ ЛПВ. Поэтому предпочтительны ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, α -адреноблокаторы, селективные β -блокаторы. Следует учитывать, что при наличии у больного высокого суммарного риска развития СД 2 типа или сердечно-сосудистых заболеваний используется весь комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Хусинова Ш.А., Юлдашова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет.

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти людей во всем мире, ежегодно унося жизни около 17 миллионов человек. Актуальность этой проблемы для здравоохранения обусловлена их широкой распространенностью, высоким показателем смертности и инвалидизации, значительными социально-экономическими потерями, которые влияют на трудовой потенциал страны.

Цель. Исследование особенностей распределения, факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы среднего возраста населения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ выписных эпикризов на амбулаторных картах 48 пациентов (мужчин 43, женщин 5), находившихся на стационарных лечених г. Самарканда в 2021 г. с диагнозами «Ишемическая болезнь сердца» и «Острый инфаркт миокарда», в возрасте 41-55 лет (средний возраст 44,8) для выявления распределения факторов риска и учета наследственного фактора. Результаты обрабатывали с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 7,0.

Результаты. Мужчины составили 90% (43), а женщины – 10 % (5). Роль наследственного фактора имеет место у 50% (22) больных, у 44,4% (18) наследственность неотягощена, и 5,6% (3) не знают своей наследственности по заболеваниям сердца. Курящие пациенты составили 60,7% (27), некурящие – 30,3% (13), и 9% (3) бросили курить. Злоупотребляют алкоголем 9,1% (4), умеренно употребляют спиртные напитки 27,3% (9), и 63,6% (34) отрицают употребление алкоголя. Нормальную массу тела имеют 23% (7), ожирением I и II степени страдают по 38,5% (13). Не ограничивают привычный уровень активности в связи с заболеванием 24% (9), боли за грудиной при обычной нагрузке, проходящие в покое, возникают у 52%(24), боли при умеренной нагрузке возникают у 18% (6), и 6% (3) неспособны переносить минимальную нагрузку без ощущения дискомфорта за грудиной. У 23% (7) заболевание дебютировало с острого инфаркта миокарда.

Выводы. Таким образом, среди пациентов преобладают мужчины, наследственность по заболеваниям ишемической болезни сердца, среди обследуемых преобладают пациенты с избыточной массой тела, у большинства пациентов болевой синдром купируется в покое, у четверти больных заболевание дебютирует с острым инфарктом миокарда.

**КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ
СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ИНДИВИДУАЛ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН
ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ**

Ҳолиқов Ш., Норов А.У
Андижон давлат тиббиёт институти
Бухоро Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни жарроҳлик йўли билан даволаш биомеханик қонуниятларга асосланганлиги аниқланган.

Кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларни жарроҳлик усули билан даволаш кенг тарқалган, чунки бу бел оғриғини тез, аниқ ва узоқ муддат бартараф этишга ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради [Blasco J., 2012]. Жарроҳлик аралашуви даволаниши қийин бўлган оғриқлар, ўтказилган консерватив даволанишни самарасизлиги, неврологик етишмовчиликлар борлиги ва бу белгиларни ривожланиб бориши, шунингдек умуртқа поғонасида оғир даражадаги деформациялар мавжуд бўлганда амалга оширилади [Bornemann R., 2014; Goldstein CL, 2015].

Агар орқанги суяк-лигаментли комплекс ва фасет бўғим капсулалари бузилмаган бўлса, синишлар механик жиҳатдан барқарор ҳисобланади ва оператив даवони талаб қилмайди. 50% дан ортиқ компрессия ва 25% дан ортиқ кифоз юзага келган бўлса, суяк-лигамент тизимида ўзгариш бўлса бунда барқарорликни таъминлаш муҳим аҳамиятга эгадир [Dai L.Y., 2007]. Умуман олганда, умуртқа поғонасининг асоратли компрессион синишларини консерватив даволаш ва операциянинг кечроқ бажаришга нисбатан эрта жарроҳлик декомпрессияси ва стабилизациясини [Дулаев А.К., 2010; Ермолов А.С., 2003; Furlan J.C., 2011] амалга ошириш яхши натижаларга олиб келиши исботланган.

Турли муаллифлар берган маълумотларга кўра, 50 ёшдан ошган инсонларда умуртқа поғонасининг синишларининг учраш частотаси 7,5% дан 25% гачани ташкил этади [Белосельский Н. Н. 2000; Тропцова Н.В., Беневоленская Л.И. с соавт. 2007; Melton LJ. III et al., 1993; Ettinger V. et al., 1992].

АҚШда ўтказилган кўп марказли текширувларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишлар кейин куйидаги асоратлар ва ҳамроҳ касалликлар юқори миқдорда учраши кузатилди: пастки тугалликларни чуқур веналари тромбози (0,7 дан 6,6% гача), ТЭЛО (0,4 – 1,9%), пневмония (3,1 – 13,0%), юрак касалликлари асоратлари (0,4 – 0,5%), оқма яралар (1,1 – 4,4%) ва инфекцион асоратлар (0,1 – 0,15%) келиб чиққан.

Ўтказилган жарроҳлик усулидан кейин компрессион синишларнинг қайта юзага келиши ва ўрнатилган тпф мосламасини миграцияланиб кетиши каби асоратлар юзага келмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади. Катта ва кексаларда умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларининг диагностикаси ва хирургик даволаш усулларины такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқотда Республика ихтисослашган Нейрохирургия илмий–амалий маркази спинал хирургия бўлимида ва АДТИ клиникаси нейрохирургия ва вертебродология бўлимларида 2019-2021 йиллар давомида жарроҳлик усули билан даволанган 45 нафар беморлар иштирок этган.

Тадқиқотда беморларга клиник ташхис қўйиш ва дифференциаллашган жарроҳлик йўлини танлаш учун куйидаги текширув усуллари фойдаланилди: беморларнинг шикояти ва анамнези, неврологик статусни баҳолаш, шикастланган

соҳаларнинг 2 хил кўринишдаги (тўғридан ва ёнбошдан) рентгенологик текширувлар, денситометрия, КТ, МСКТ ва МРТ текширув усуллариدير.

Тадқиқот натижалари. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларнинг жарроҳлик усули билан даволашда бир қатор қийинчиликлар мавжуд. Бунинг сабаби бу беморларда умуртқа танасининг минерал зичлиги камлиги ва ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги билан тушунтирилди.

Беморларда ўтказилган рентгенография, денситометрия, КТ ёки МСКТ ва МРТ текшируви кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишнинг ҳарактерини аниқлаш, беморларда остеопороз касаллиги белгилари, шикастланган соҳада нотурғунлик синдроми мавжудлиги, орқа мия каналининг компрессия учраган умуртқа танаси ҳисобига стеноз белгилари ва ҳамроҳ касалликларнинг оғирлик даражасига эътибор бериш керак бўлади.

Олинган натижаларга асосланган ҳолда, беморларда агар умуртқа танаси деформация даражаси 50% дан ошмаган бўлса, умуртқа танасининг менерал зичлиги нормада бўлса ва нотурғунлик синдроми ривожланмаган бўлса вертебропластика бажарилди, нотурғунлик синдроми ривожланган бўлса ТПФ мосламаси ўрнатилди. Агарда беморда умуртқа танасининг менерал зичлиги камайган ва нотурғунлик синдроми ривожланган бўлса комбинациялашган усул, яъни вертебропластика ва ТПФ мосламасини бирга ўрнатиш тавсия этилди.

Хулоса. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни традицион ва замонавий нейровизуализацион текширув усулларига (рентгенография, денситометрия, КТ ва МРТ) асосланиб индивидуал дифференциаллашган жарроҳлик усули (вертебропластика, ТПФ мослама ўрнатиш ва комбинациялашган (вертебропластика +ТПФ мосламаси ўрнатиш) усуллар) билан даволаш мақсадга мувофиқдир.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Шаджалилова М.С.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Нередко нерациональный выбор схемы терапии кишечных инфекции способствует пролонгированию сроков реконвалесценции, обострению сопутствующих или возникновению новых заболеваний желудочно-кишечного тракта, определяя медико-социальную значимость данной проблемы.

Целью нашей работы явилось изучить спектр чувствительности штаммов возбудителей острых кишечных инфекций к широко используемым антибиотикам и их влияние на клинику заболевания.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились дети раннего возраста, больные с острыми кишечными инфекциями установленной этиологией (n-212). Проспективное исследование проводилось с использованием общеклинических, бактериологических и статистических методов исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ влияния применённых нами препаратов на длительность диареи показывают, что наиболее эффективным, в плане сокращения длительности диареи, было лечение препаратами из группы аминогликозиды, при котором средняя длительность диареи составила $8,5 \pm 0,9$ дня. Также у группы больных, получавшие амикацин дисбиотические нарушения со стороны кишечника выявлены достоверно реже, чаще регистрировались дисбактериоз 1 – 11 степени. Кроме того, у 22 больных было применено лечение цефтриаксоном. Цефтриаксон был применён в 18

случаях среднетяжёлого и в 4 случаях тяжелого течения заболевания. Длительность течения диареи при лечении цефтриаксоном составила $7,4 \pm 0,79$ дня.

Следовательно, при выборе между цефазолином, амикацином и смешанным лечением диарей, наиболее эффективно лечение амикацином, а в случаях среднетяжёлого и тяжелого течения заболевания наиболее эффективно лечение цефтриаксоном. Нами в лечении больных при рефакторных диареях, генез которых неясен и при продолжающемся бактериовыделении патогенных и условно-патогенных возбудителей в отсутствие симптомов интоксикации назначали бактериофаги в качестве антибактериальной терапии.

При этом повторные курсы антибактериальной терапии следует назначать в случае обострений воспалительного процесса в кишечнике на фоне лихорадки и интоксикации. Отсутствие выраженного улучшения стула в течение 3 дней является показанием к отмене антибактериальных препаратов. Следует отметить, что парентеральное введение антибиотиков при данной патологии, как правило, не обеспечивает их достаточных концентраций в желудочно - кишечном тракте и целесообразно лишь в случае генерализованных и септических форм заболеваний.

Применение в лечении кишечных инфекции полимиксин, левомецетин сукцинат, ампицилина, клафоран, кефзол и амоксициллина оказалось клиническим не эффективным, с появлением условно – патогенных микроорганизмов (клостридии диффициле, клебсиелла кандиды энтеробактерии и развитием дисбактериоза 3-4 степени).

Выводы. Клиническое течение кишечных инфекций у детей в настоящее время изменилось. Заболевание у большинства больных протекает в среднетяжелой и тяжелой формах, выздоровление затягивается до 3-4 недель, отмечается полирезистентность выделенных возбудителей к антибиотикам, тем же обусловлена широкое распространение инфекций, вызванных *Clostridium difficile*. В каждом стационаре для госпитализации больных с ОКИ следует иметь данные об антибиотикограммах основных возбудителей (сальмонеллез, шигеллез и эшерихиозы и др.), которые должны контролироваться местной бактериологической лабораторией.

КЛИНИЧЕСКИЙ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ

Шаджалилова М.С., Кулдашева М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Среди инфекционных заболеваний острые кишечные инфекции являются одной из самых распространенных патологий населения Республики Узбекистан. В соответствии с данными ВОЗ, в 2010 году в мире 58% летальных исходов у детей в возрасте младше 5 лет было обусловлено инфекционными заболеваниями, в том числе 11% - диарейными инфекциями. В Европейском регионе на долю острых диарейных инфекций приходилось в 13% от общего количества летальных исходов у детей в возрасте младше 5 лет.

Целью исследования: проведение анализа причинно-следственных факторов летальных исходов при острых кишечных инфекциях у детей.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования было клиническое наблюдение 225 детей раннего возраста, архивные материалы и истории болезни детей с летальным исходом. В стационаре исследования проводились с применением у всех больных исследований общих анализов крови, мочи и кала. Для определения этиологии возбудителей ОКИ использовались бактериологический, серологический (ИФА) и иммунологический (ПЦР) методы..

Результаты исследования: Сравнение возрастного состава больных с

моноинфекциями и смешанными инфекциями показало явное преобладание детей первого года жизни, в том числе в возрасте до 6 месяцев - при смешанных инфекциях. Преобладали среднетяжелые формы заболевания (у 74,1%). Тяжелые формы ОКИ отмечены у 25,9% детей с развитием у больных токсико́за и эксикоза III степени. При изучении сопутствующей патологии у всех детей нами было выявлено анемия различной степени ($p>0,05$), рахит ($p>0,001$), ферментопатии и дисбактериозы кишечника с рождения детей, перинатальная энцефалопатия ($p>0,05$) чаще с гипертензионным синдромом. Этиология возбудителей ОКИ в 42%-45% случаев установлена бактериологическим методом, от 80%- 98% с помощью ПЦР. Выявлена высокая устойчивость большинства патогенных возбудителей к антибиотикам, что способствует нарастанию среди детей дисбактериоза и внутрибольничных инфекций за счет устойчивых госпитальных штаммов. Согласно данным нашего клинического материала наблюдаемая летальность при ОКИ за последнее 10 лет оставалась стабильно низкой и составляла 0,1%. Проведенный нами анализ 15 летальных исходов при ОКИ выявил: 1) Увеличение числа случаев ОКИ по типу гастроэнтерита с присоединением возбудителей – РС вирусов, аденовируса, гриппа, парагриппа (всего 6 случаев). 2) Увеличение удельного веса детей, страдающих анемией (8 случаев). 3) Увеличение удельного веса детей в возрасте от 1 месяца до 6 месяцев (9 случаев), их них в 6 случаях дети были на искусственном вскармливании, что указывает на возможный повышенный риск заражения патогенными возбудителями ОКИ посредством синтетических (искусственных) пищевых продуктов. Следовательно, важность естественного питания в охране здоровья ребенка остается очевидной. Причинами летальных исходов при острых кишечных инфекциях были: 1) инфекционно-токсический шок – в 7 случаях (46,6%); отек легкого – в 12 случаях (80%); дистрофия паренхиматозных органов – в 6 случаях (40%); ДВС – в 8 случаях (53,3%); отек мозга – в 3 случаях (20%); пневмонии – в 5 случаях (33,3%). Представленные данные свидетельствуют, что наряду со случаями тяжелого течения ОКИ, которые ассоциированы с отягощенным преморбидным фоном или сочетанным инфицированием несколькими патогенами, имеют место летальные исходы, не связанные с доступными для верификации факторами, отягощающими и течение заболевания.

Выводы: Результаты наших исследований показывают, что диареи наиболее распространены у детей раннего возраста, развитие начальный период заболевания иногда протекает скрыто, риск развития ОКИ напрямую связан с возрастом ребёнка – чем меньше возраст, тем выше риск развития диарей. Летальные исходы 80,0% обусловлены – отеком легкого, 46,6% - инфекционным токсическим шоком. Наряду со случаями тяжелого течения ОКИ, которые ассоциированы с отягощенным преморбидным фоном или сочетанным инфицированием несколькими патогенами, имеют место летальные исходы, не связанные с доступными для верификации факторами, отягощающими и течение заболевания. Диагностика инфекционно-токсического шока и отека легкого должна быть максимально ранней. Врачи должны быть хорошо знакомы с ранней диагностикой шока и обеспечить максимально быструю госпитализацию больных детей в связи с угрозой развития полиорганной недостаточности.

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С COVID-19

Шадманов А.К., Рахмонбердиев Х.К., Сайдахмедов С.Х.
Ташкентская медицинская академия.

Актуальность. С появлением в нашей жизни новой и опасной для человечества вирусной COVID-19 инфекции в корне изменили жизнь и поведение человечество.

По данным некоторых источников, SARS-CoV-2 имеет специфическую трехмерную структуру белка, которая определяет его сильное сродство к рецепторам ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ-2). В этом случае клетки человека, экспрессирующие АПФ-2, могут выступать в качестве клеток-мишеней для SARS-CoV-2 [1], которые присутствуют на мембранах пневмоцитов II типа, энтероцитов тонкого кишечника, эндотелиальных клеток артерий и вен, а также в уротелии мочевого пузыря и почки, которые могут быть подвержены высокому риску вирусной инвазии, что объясняет нередко возникающее острое повреждение почек при COVID-19 [2]. Следует отметить, что по данным С. Fan и соавт., рецепторы АПФ-2 обнаружены также в тканях яичка и клетках Лейдига, что также может говорить о потенциальном риске их повреждения [3].

Цель исследования. Ретроспективно провести анализ историй болезней пациентов, получивших стационарное лечение по поводу вирусной инфекции, вызванной COVID-19 на предмет наличия осложнений со стороны мочеполовой системы.

Материал и методы. Нами был ретроспективно анализированы истории болезни 160 больных, которые были госпитализированы на стационарное лечение в клинику Ташкентской медицинской академии по поводу вирусной пневмонией, вызванной SARS-CoV-2, в период пандемии в сентябре-ноябре 2020 года. Средний возраст пациентов составил $53,9 \pm 1,2$. Мужчин было 79 (49,4%), женщин – 81 (50,6%).

Результаты.

У всех 160 (100%) больных на фоне SARS-CoV-2 диагностирована была двухсторонняя интерстициальная пневмония. Из них у 121 (75,6%) диагностирована была пневмония средней тяжести течения, у 39 (24,4%) – тяжелое течение.

При этом, у 51 (31,9%) пациента имелась сопутствующее заболевание - гипертонической болезни, у 47 (29,4%) – ИБС, у 27 (16,9%) хроническая сердечная недостаточность, у 21 (13,1%) – анемия различной степени, у 18 (11,3%) ожирение 2-3 ст., у 16 (10,0%) – сахарный диабет 2 типа, у 2 (1,25%) – бронхиальная астма, у 1 (0,6%) – хронический гастрит, у 2 (1,3%) – язвенная болезнь 12 перстной кишки в стадии обострения, у 1 (0,6%) – вирусный гепатит «В», у 1 (0,6%) – правосторонний тромбоз синуса твердой мозговой оболочки, у 1 (0,6%) – ИМТ, острый цистит, у 1 (0,6%) – плеврит, у 2 (1,3%) – ОНМК.

Анализ показал, что из 160 больных с COVID-19 у 94 (58,7%) были выявлены изменения в анализе мочи, из них у 51 (31,9%) была только лейкоцитурии, у 14 (8,75%) только протеинурия, у 19 (11,9%) - лейкоцитурии с протеинурией, у 4 (2,5%) лейкоцитурия и эритроцитурия, у 1 (0,63%) – эритроцитурия и протеинурия, у 5 (3,1%) лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия.

Вывод. При наличии изменений качественного состава мочи у 94 (58,7%) пациентов и лейкоцитурии у 79 (49,4%) пациентов только у 1 (0,6%) пациента был выставлен диагноз ИМТ, острый цистит. У остальных пациентов или не было симптомов со стороны МВП, или врачи не акцентировали свое внимание на симптомы нарушения мочеиспускания на фоне Covid19.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ

*Шарапова Г.М., Шаджалилова М.С.,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Актуальность. Анализ цитокинового профиля при инфекционных заболеваниях вносит понимание механизмов функционально–морфологических изменений в органах и тканях и их связь с клиникой.

Целью работы была изучить частоты сочетаний различных цитокинов при острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 76 детей в возрасте от 6 месяцев до трех лет, больных с острыми кишечными инфекциями различной этиологии. Тест-системы для определения цитокинов (разработаны ГосНИИ ОЧБ Санкт-Петербург, производства ООО «Протеиновый контур» и «Цитокин») основаны на «сендвич»-методе твердофазного иммунного иммуноферментного анализа с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента.

Результаты и их обсуждение. В результате исследований установлено, что из 76 больных как отдельные ЦК так их различные сочетания выявлены у 63 (82,8 ± 4,3%). Один ЦК из числа изученных нами был обнаружен у 32 (42,1±5,6%) в подавляющем большинстве случаев у 30 (39,5±5,6%) это был ИЛ – 4. Для более подробного изучения профиля ЦК в отдельных вышеуказанных группах больных (по этиологии) нами была изучена частота выявления отдельных ЦК в группах. В группе больных сальмонеллезом (n=22) ИЛ – Iβ, ФНОα, ИЛ 4 и ИЛ 6 обнаружены у 9 (40,9±10,41%) больных; у 8 (36,3±10,2%); у 17 (77,3±8,9%) и у 4 (18,2±8,2%) соответственно. В данной группе все 4 ЦК найден у 4 (18,2±8,2%); у 4 (18,2±8,2%) ЦК не обнаружены. В группе больных дизентерией (N=20) ЦК найден у 7 (35±10,6%); у 6 (30±9,7%) у 17 (85±7,9); и – у 3 (15±7,9%) больных соответственно. Все 4 ЦК обнаружены у 3 (15±7,9%) больных, у 3 (15±7,9%) ЦК не обнаружены. В группе больных с эшерихий coli (n=16) ЦК найдены у 4 (25 ± 10,8%) больных; у 5 (31,2±11,5%); у 9 (56,3±12,3%) и у 2 (12,5±8,3%) соответственно. Все четыре ЦК обнаружены – у 2 (12,6±8,3%). Не обнаружены ЦК – у 6 (37,5±12)% больных. В группе больных с ОКИ неустановленной этиологией (n=18) обращает не себя то, что ИЛ – 4 обнаружен у всех больных, при этом изолированно у 11 (61,1±11,4). Цитокины ИЛ – Iβ, ФНО и ИЛ6 были обнаружены – у 7 (38,8±11,4%); у 3 (16,6±8,7%) и у 3 (16,6±8,7) соответственно. Все четыре ЦК выявлены – у 3 (16,6±8,7).

Выводы. Частое (80,2±4,5%) выявление ИЛ–4 свидетельствует о его важной противовоспалительной роли при циклической течения ОКИ любой этиологии, способствующей развитию регенераторно-восстановительных процессов и активации образования антител. Столь высокая частота выявления ИЛ -4 с первых дней болезни может быть обусловлена реакциями организма ребенка по типу вторичного иммунного ответа.

БОЛАЛАРДА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИНИ ЎТКИР РЕСПИРАТОР
ИНФЕКЦИЯ БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЧИШИДА ДАВОЛАШ
ХУСУСИЯТЛАРИ

*Шарапова Г.М., Шаджалилова М.С.
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти*

Долзарблиги: Эрта ёшдаги болаларда ўткир юқумли ичак касалликлари, хусусан сальмонеллез ва ўткир респиратор инфекциялар (ЎРИ) билан биргаликда касаллиниш кўрсаткичлари йилнинг маълум фаслларида юқориликча сакланиб қолмоқда.

Текширувнинг мақсади: эрта ёшдаги болаларда сальмонеллез касаллигини ЎРИ билан биргаликда кечишида даволаш хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: текширувда асосан эрта ёшдаги (6 ойдан - 3 ёшгача) 24 та сальмонеллез билан касалланган беморлар (14 қизлар ва 10 ўғил болалар) бўлган. Беморларга ташхис эпидемиологик, клиник ва нажасни бактериологик текшируви натижаларига асосланган ҳолда қўйилган бўлиб, улардан 19 (80%) S. Enteritidis ва 5 (20%) S. typhimurium аниқланди. Ушбу беморлардан 8 (35%) сальмонеллез ЎРИ билан биргаликда кечиш, текширувимиздаги таққосланувчи I – гуруҳ беморларини ташкил қилган бўлса, қолганларида, яъни 16 (64%) сальмонеллез алоҳида ҳолда кузатилиб, контрол II –гуруҳ сифатида белгиланган. Текширувимиз давомида бу ҳар икки гуруҳдаги беморларда касалликнинг клиник манзараси ўрганилиб, улар ўзаро таққосланиб, комплекс даво тадбирлари (регидратацион, дезинтоксикацион, этиотроп ва симптоматик даво) тайинланиб олиб борилди.

Натижалар: Эрта ёшдаги болаларда сальмонеллез касаллиги ЎРИ билан бирга кечганида, яъни I - гуруҳ беморларда даволашнинг схемаси ўз ичига сальмонеллезнинг традицион давосини кучайтириш (дезинтоксикацион ва инфузион терапия) билан биргаликда вирусга қарши терапияни ўтказишни ҳам олади. Бу мақсадда антивирус даво сифатида гриппферон препарати қулланилди. Бу мақсадда I - гуруҳдаги беморларга стационар давонинг I-кунидан бошлаб, 3 кун давомида ҳар бир бурун катагига 2 томчидан 4 маҳал томизилди. II -гуруҳдаги беморларга антивирусли препаратларсиз, фақат традицион даво ўтказилди. Текширувларимиз шуни кўрсатдики, амалга оширилган адекват даво натижасида ҳар иккала гуруҳ беморларда ижобий ўзгаришлар кўзатилди, лекин I - гуруҳдаги беморларда касалликнинг диспептик ва катарал белгилари бартараф топиши, II – гуруҳдаги беморларга нисбатан кечикиб кузатилди ва интоксикацион симптом аломатлари биров бўлсада сақланиб турди, бу эса ўз навбатида беморларни касалхонада даволаш муддатини бир неча кунга ортишига олиб келди. Шуни алоҳида қайд қилиш зарурки, адекват даво тадбирлари ўз вақтида бошланиши, беморларнинг ахволини ўта оғирлашиб қолишини олдини олиб, беморларни реанимацион ҳолатларга тушиб қолишига имкон бермади.

Хулосалар: Шундай қилиб, эрта ёшдаги болаларда сальмонеллезга ЎРИ қушилиб кечишини даволаш ўзига хос хусусиятларга (традицион даво+антивирусли терапия) эга бўлиб, бу давони коррекция қилган ҳолда ўз вақтида, эрта қулланиши касалликни клиник кечиши ва оғирлигига ижобий таъсир қилади.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-
РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПИЩЕВОЙ
ДОБАВКИ “АРОМАТИЗАТОР ГОВЯДИНЫ № 3”

Шеркузиева Г.Ф., Хегай Л.Н. Ахмадходжаева М.А.
Ташкетская медицинская академия
Андижанский Государственный медицинский институт

В последние годы все сложнее найти продукты, в которых бы не содержалось пищевые добавки. Количество пищевых добавок постоянно увеличивается, все чаще встречаются незнакомые названия. Вопрос о пищевых технологических добавках представляется важным в экологии человека. При использовании пищевых добавок должен соблюдаться принцип “как бы ни было экономически выгодно применение пищевой добавки она может быть внедрена в пактитуку только при условии полной безвредности для здоровья населения”. В ближайшем будущем прогнозируется значительный рост количества пищевых добавок. В связи с этим мы изучали кожно-резорбтивного и местно-раздражающего действия пищевой добавки “Ароматизатор говядины № 3” Вкусоароматическая пищевая добавка “Ароматизатор Говядины № 3” производства ООО “NESSE FASS GROUP» применяется при производстве всех видов колбасных и мясных изделий для улучшения и облагораживания вкуса готового продукта. Состав: ингредиенты и аллергены (согласно Регламенту (ЕС) 1169/2011): пищевая соль; мальтодекстрин, maltodextrin, целлюлоза (E460); усилитель вкуса (E621); ароматизаторы.

Органолептические свойства: в продуктах натурального происхождения возможны незначительные отклонения : консистенция – сыпучий порошок ; цвет – светло-коричневый; запах – типичный, ароматный, без чужеродного запаха; вкус – типичный, без привкуса. Эмпирическая формула $C_5H_8NaNO_4 \cdot H_2O$, pH 6,7–7,2 (5% водного раствора); низкая гигроскопичность; высокая термо- и светостойчивость. Свойства активных компонентов: пищевая соль; мальтодекстрин, maltodextrin, целлюлоза (E460) – применяется в качестве стабилизатора, эмульгатора и загустителя. Преимущественно она предотвращает слеживание, осветляет смесь и применяется как наполнитель. Продукт включает два вещества: целлюлоза микрокристаллическая, синонимы: E 460(i), microcrystalline cellulose (международный), МКЦ; целлюлоза в порошке, синонимы: E 460 (ii), powdered cellulose (международный), порошок целлюлозы. Оба вида имеют практически одинаковые свойства, структуру и сферу применения. Добавка разрешена во всех странах. Суточная норма не установлена. В РУз. разрешена допустимая норма внесения 15,0 г/кг продукта. Усилитель вкуса глютаминат натрия 1-замещенный (лат. *natrii glutamas*, англ. *monosodium glutamate*) - мононатриевая соль глутаминовой кислоты, (E621) - в этом качестве также называется «усилитель вкуса». Представляет собой белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Усилитель вкуса разрешен во всех странах. LD₅₀ глутамата натрия для крыс и мышей составляет 15-19,9 г/кг массы тела Допустимая норма - 120 мг/кг веса человека. Оптимальная доза для полноценного раскрытия вкуса - 3,5–5 г. Человек весом 70 кг может без вреда для здоровья съесть примерно 8,5 г глутамата натрия. В РУз. разрешена допустимая норма внесения 10,0 г/кг продукта.

Способ применения: вносится в фарш в сухом виде в самом конце куттерования, дозировка: 1-3 гр на кг массы сырья. Срок хранения 12 месяцев, если хранится в оригинальной, неповрежденной упаковке. Хранить при комнатной температуре, в темном, сухом помещении. Не является лекарственным средством.

Токсикологические исследования проведены на 150 белых беспородных половозрелых крысах обоего пола и 4 кроликах породы шиншилла, содержащихся в условиях вивария с естественным режимом освещения, при температуре 22-24⁰С;

относительной влажности воздуха 40-50%, с использованием стандартной диеты (сбалансированный по содержанию белков, жиров и углеводов рацион). Перед началом экспериментов лабораторные животные осмотрены, учтена масса тела, возраст, пол, двигательная активность и состояние шерстного покрова.

Статистические исследования проведены на основании стандартных клинических рекомендаций. Количественные данные представлены как среднее арифметическое (M) \pm стандартное отклонение (SD) в случае нормального распределения и как медиана (Md) и квартили (Q) или (SD) при других распределениях. За статистически значимые изменения принимался уровень достоверности $P < 0,05$.

Обработка результатов клинического обследования производилась на персональном компьютере Pentium-IV с использованием прикладных офисных программ Statplus 9.0 с расчетом среднеарифметической изучаемого показателя (M), ее стандартной ошибки (m), показателей достоверности (P) и критерия Стьюдента. При этом учитывались методики, существующие указания по статистической обработке данных в клинических и лабораторных исследованиях.

Изучение кожно-резорбтивного и местно-раздражающего действия проведено двумя способами:

Результаты проведенных исследований на белых крысах показали, что за время наблюдения в течение 3-х недель симптомов интоксикации и их гибели не выявлено. Животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Следовательно, исследуемый "Ароматизатор Говядины № 3", ООО "NESSE FASS GROUP» не обладают кожно-резорбтивным действием.

При многократном нанесении на выстриженный участок спинки белых крыс 20 кожных аппликаций препаратов установлено, что добавки к пище не вызывают раздражения кожных покровов, симптомов интоксикации и гибели животных не наблюдалось. Таким образом, "Ароматизатор Говядины № 3" не обладают кожно-резорбтивным и местно-раздражающим свойствами.

Результаты оценка действия на слизистые оболочки глаз кроликов. В конъюнктивальный мешок левого глаза кроликов однократно вносили по 2 капли пищевых добавок. Правый глаз служил контролем. Наблюдение в течение 7 суток не выявило признаков воспалительной реакции.

Таким образом, пищевой добавка "Ароматизатор Говядины № 3" не оказывают раздражающего действия на слизистую оболочку глаз кроликов.

ПОЛИМОРБИДНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ЧТО РЕАЛЬНО ВОЗМОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ?

*Юлдашев Р.Н., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Курбонова Р.Р.
АндГосМИ, Андижан*

В настоящее время распространенность заболеваний мочевыводящих путей (ЗМВП) принимает эпидемический характер. Причины этому, по результатам современных исследований все большая встречаемость полиморбидности (ПС) у пациентов с ЗМВП. Около 500 млн человек в мире имеют нарушенную функцию почек, и жизнь более 1750000 из них продолжается только благодаря заместительной почечной терапии (это гемодиализ, трансплантация почек, перитонеальный диализ). С этим и подчеркивается актуальность эпидемиологических проблем ЗМВП. Так как величины распространенности и ущербности ЗМВП, получаемые в исследованиях, зависят от полноты / истинности учета и ряда многих факторов риска, в том числе ПС.

Цель исследования - изучение и оценка полиморбидного статуса у пациентов с заболеваниями мочевыводящих путей в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы: осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке (603 чел) мужского и женского неорганизованного населения Андижана. У 315 пациентов с ЗМВП анализировался полиморбидный статус, использовались опросные, клинико-лабораторные, функциональные и специальные инструментальные методы выявления ЗМВП и ассоциированных с ними патологических состояний.

Результаты и выводы: коморбидный статус у пациентов с ЗМВП представлены 13-ю патологическими состояниями и 16-ю факторами риска. Их выявляемости у коренного и некоренного с ЗМВП характеризовались со следующими показателями распространенности соответственно: полипатия - по 25,0% и 17,2% ($P < 0,05$), ятрогенные факторы (полипрагмазия) – по 14,4% и 10,3% ($P > 0,05$) аллергические заболевания – по 9,45 и 6,8% ($P < 0,05$), синдром раздраженного кишечника – по 25,9% и 17,2% (20,05) цистит – по 51,0% и 44,8% ($P < 0,05$), хронические гастродуоденальные заболевания – по 11,5% и 6,9% ($P < 0,05$), холецистит – по 23,7% и 17,2% ($P > 0,05$), остеохондроз – по 20,2% и 10,3% ($P < 0,01$), анемия – по 61,1% и 44,8% ($P < 0,05$), сахарный диабет 2-го типа – по 10,0% и 13,7% ($P > 0,05$), ожирение – по 73,0% и 43,3% ($P < 0,05$), хронические инфекции – по 43,0% и 37,9% ($P > 0,05$) и ангина – по 7,1% и 3,4% ($P < 0,01$).

Ориентированные и/или базированные лечебно профилактические программы с учетом приведённых научных результатов, безсомнений, реально позволяют длительное время предотвратить полиморбидного фона у пациента с ЗМВП и избежать опасных поворотов от них к нефрологическому континууму.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕВАЛЕНСА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

*Юлдашев Р.Н., Мамасалиев Н.С., Ганиев Б., Холикова Н.А.
АндГосМИ, Андижан*

Бронхиальная астма (БА) – типичное мультифакторное заболевание, клиническая манифестация которого происходит в результате сложного взаимодействия внутренних и внешних факторов риска.

Цель исследования – изучение распространенности факторов риска БА в условиях Узбекистана.

Материалы и методы исследования: популяция взрослого населения (768 чел), сформированная из всех областей Узбекистана; эпидемиологические исследования с использованием популяционных, клинических и инструментальных методов.

Результаты и выводы: распространенность факторов риска БА по разным регионам колебалась от 1% до 43%. Так, генетическая расположенность к атопии наблюдалась с частотой распространенности от 1% в Ферганской области до 18% в Республике Каракалпакстан. Генетическая предрасположенность к бронхиальной гиперреактивности (БГР) наблюдалась с разницей на 17% - от 3% в Республике Каракалпакстан до 20% в Джизакской области. Аллергены в качестве факторов риска наблюдались с разницей в частоте по регионам на 15% - от 3% в Самаркандской области до 18% в Сырдарьинской области ($P < ,001$). Инфекционные факторы риска БА также отмечались с разницей в уровнях распространности на 15% - от 3% в Андижанской области до 18% в Республике Каракалпакстан ($P < 0,001$). Надо отметить, что распространенность аэрополлютантов в качестве факторов риска БА зарегистрировались сравнительно высокими показателями. Частота их выявляемости в

различных регионах разнятся на 15%: они наблюдались в уровнях от 4% (в Ферганской области) до 19% (в Самаркандской области); $P < 0,001$. Нутритивные факторы риска, по нашему анализу, отмечаются среди взрослого населения регионов страны от 5% (в Бухарской области) до 16% (в Андижанской области), то есть с разницей в уровнях распространенности на 11% ($P < 0,001$). Курение как фактор риска БА в среднем по Республике регистрируется с частотой распространенности 11,5%. Распространенность данного фактора в регионах наблюдается с разницей на 17% - от 3% в Ферганской области до 20% в г. Ташкенте ($P < 0,001$).

Таким образом, нами установлено, что наименее благоприятная эпидемиологическая ситуация по факторам риска БА была в г. Ташкенте и Сырдарьинской области. Наиболее худшая ситуация имела места в Ферганской области. Эти данные представляют интерес, во – первых, для ориентации эпидемиологических научных исследований в будущем в регионах, во-вторых, в планировании «прицельных» профилактических и диспансерных наблюдений; во – третьих, во внедрении инноваций к профилактике БА среди населения в регионах.

ОИВ- ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯНИ КЛИНИК КЕЧИШИ

*Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Инсонларда вирусли касалликлар орасида герпетик инфекциялар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди, бу эса ўз ўрнида касалликни кенг тарқалиши билан боғлиқ. Герпетик инфекциялар ОИВ-инфекцияси беморларида оппортунистик инфекция ҳисобланган герпетик инфекция энг кўп кузатиладиган касалликлардан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. ОИВ инфекцияси фониди герпетик инфекциясининг клиник спектрини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Олдимизга қўйилган мақсаддан келиб чиқиб ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларнинг турли босқичларда даволанаётган 47 нафар, 18 ёшдан юқори бўлган иммунодефицит ҳолати сабабли юзага келган иккиламчи, герпетик инфекция ривожланган беморлар кузатувимизда бўлди ва улардага герпетик инфекцияни клиник кечиши ўрганилди. Герпетик инфекция ташхисоти беморларда клиник- анамнестик, умумий физикал ва лаборатор текширувлар ҳамда органлар ва тизимларда аниқланган ўзгаришлар асосида, патогеннинг политропик табиатини ва касалликнинг терминал босқичидаги зараланишлар умумий табиатини ҳисобга олган ҳолда аниқланилди. Герпетик инфекциясининг этиологик талқини ИФА (ИФА) натижаларига асосланди.

Герпетик инфекцияси терминал босқичидаги кўзгатувчининг политроп ва тарқоқ шикастлаш характериға қараб орган ва тизимлардаги ўзгаришларға асосланиб ташхис қўйилган. Беморларда турли шаклдаги сурункали герпетик инфекцияси аниқланган, булардан 38,4% беморларда реактивация, 63,8% ҳолатларда рецидив кечиши кузатилган. ОИВ инфирланганларда I - босқич - 3, II - 13, III - 22, IV - 3 беморларни ташкил қилди. Барча беморларда герпетик инфекцияға текшириш учун иммунофермент тахлили ўтказилган. Имунитет танқислиги даражаси ва характериғи аниқлаш учун имун статусни баҳолашда Т-хелперлар юзасидаги CD-4 хужайралари концентрацияси аниқланди.

ОИВ инфекцияси бўлган беморларда бирорта ҳам ўткир герпетик инфекция ҳолати қайд этилмаган. Ҳамма беморларда сурункали герпетик инфекциясининг турли шакллари ташхиси қўйилган, уларнинг қайта фаоллашиши 18 (38,2%) ва қайталаниши – 29(61,72%) ҳолларда аниқланган. Шундай қилиб, оддий герпес вируси (ОВГ 1) фақат

ОИВ I-боскичида 3 (6,3%), II-боскичида 2 (4,2%), III-боскичида 33 (70,2%) ва IV-боскичида 9 (19,1%) беморларда аниқланди.

Бурун ва лаб герпеси 26 (63,8%) беморларда аниқланган, унинг биринчи клиник кўринишлари 5 (21,2%), шунингдек гингивостоматит 3 (10,6%) ва фаринготонзиллит 1 (4,2%) нинг қайталанишига олиб келди. Тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши билан ОИВ билан боғлиқ герпетик инфекция нафақат везикуляр тошмаларнинг кўпроқ ва кенг тарқалган элементлари билан, балки унинг секинроқ регрессияси, 1 ойдан ортиқ давом этиши (6 дан 8 ҳафтагача) билан тавсифланади. Бундан ташқари, ОИВ инфекциясининг II боскичидаги беморларнинг 14 (30,7%) герпетик инфекциясининг эрозив-яралли шакли кузатилди - ярага айланадиган чуқур эрозия, улар аста-секин даволанган. Шунини таъкидлаш керакки, сероз таркибга эга бўлган гуруҳланган пуфакчалар кўринишидаги терининг герпетик шикастланишлари нафақат уларнинг типик жойларида - лаблар, бурун қанотларида қайд этилган, балки ОИВ инфекциясининг II боскичидаги беморларда пешона, ёноқ ва кулоқларга ҳам тарқалиши кузатилган. Орофаренкнинг шиллик қаватининг шикастланиши доимий ва кучли оғриқлар, гиперемия, гиперсаливация, яралли гингивит билан бирга бўлган.

ОИВ билан касалланган беморларда лабиал герпес иситма, аденопатия, оғриқли яралар, асосан орофаренкс, лаблар ва терининг шиллик пардаларига тошиши кузатилган. Текширувда шиллик қаватнинг гиперемияси, фарингеал шиш аниқланган. Оғиз бўшлиғи ва лаблар шиллик қаватида пайдо бўладиган пуфакчалар тез суръатда кўпайиб, яралли бўлиб, баъзан кенг тарқалиб, нафақат лабларга, балки ёноқларга ҳам таъсир қилган. Беморларнинг 51,7% реактивация боскичида герпетик инфекциясининг белгилари бир хил, аммо яққолроқ бўлган.

Хулоса: Шундай қилиб, Герпетик инфекцияни кечиши ОИВ инфекциясининг боскичига боғлиқ. Касалликнинг I ва II боскичларида бўлган беморларга терининг, оғиз бушлиғи шиллик қаватининг, жинсий аъзоларнинг шикастланиши билан фақат маҳаллийлаштирилган Герпетик инфекцияни шакллари ташҳиси қўйилган, улар такрорланиши, тошма элементларининг тарқалиш тенденцияси билан ажралиб туради.

THE EFFECT OF APPLICATION OF PROBIOTIC AND LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENDED DIARRHEA

*Yuldashev Ya.Yu.
Andijan State Medical Institute*

Improving the treatment of patients with chronic exudative diarrhea is one of the most pressing issues in practical medicine today. It is known that dysbacteriosis observed in chronic diarrhea, in addition to the clinical course of the disease, also has a negative impact on the effectiveness of treatment. Intestinal dysbacteriosis is a complex pathological process that reduces the body's defenses as a result of both qualitative and quantitative violations of intestinal microecology. Treatment and prevention of diseases associated with dysbacteriosis has been used in practice since the time of II Mechnikov. Dairy products with biopreparations have been developed and used in various countries for the treatment and prevention of dysbacteriosis and chronic colitis. However, the biopreparations in these products are the same and the effectiveness is not high. The purpose of our study was to identify a new treatment that affects the pathogenetic process, restores the intestinal microflora and regenerates the intestinal mucosa in a short time. In our follow-up, there were 67 patients with chronic diarrhea aged 18 to 69 years, and the diagnosis was confirmed by anamnestic, clinical, analytical, and colonoscopic examination methods. inspection and materials. According to the purpose of the examination, the patients were divided into groups: the first 35 main and 32 control groups. Patients of both groups were in the same condition, the main group of patients was instructed to take 1 dose of enterogermin, Xilak-

forte, Lacto-j 3 times a day for 25-30 days in addition to traditional treatment. At the same time using a device "Uzor" laser 1500 Gts. from the umbilical cord and the colon area to 6 points in 2 MINUTES for 12 days. Clinical analysis showed that by 7-9 days of treatment, the general condition of patients improved, weakness, dry mouth, loss of appetite, sleep disturbances, mood swings, nausea decreased significantly. Pathological appendages such as abdominal pain and fecal occultation, mucus, rock were removed 7–9 days earlier than in the control group. With the disappearance of the main clinical signs, the negative changes in the analysis and colonoscopy decreased and then normalized. In addition to the above, it should be noted that treatment with probiotics and laser therapy is cheap and convenient. The advantage of this method of treatment is that it is cost-effective and does not cause bad consequences. our proposed treatment method can be widely used in hospital and outpatient settings in the treatment of prolonged exudative diarrhea in practice.

ANALYSIS OF RESEARCH AND RESULTS OF CHORONOVIRUS INFECTION DIAGNOSIS IN ANDIZHAN REGION

**Yuldashev Ya.M., Mirzakarimova D.B.
Andijan State Medical Institute**

In recent years, COVID-19 infection, which has spread rapidly around the world, has spread to all parts of the world, leading to socio-economic disadvantages and serious loss of life and health. . To date (March 2022), the number of cases worldwide has increased by 445 million, and the daily incidence is 200-300 thousand people. One of the largest states has more than 81.1 million in the United States and more than 42.99 million in India. According to statistics, 29.3 million people in Brazil are ill. The death toll from the disease has risen to more than 6.06 million worldwide. COVID-19 infection has not bypassed our country, Uzbekistan. The number of patients in Uzbekistan exceeded 237,000, and the number of deaths was 1,637. Prevention, timely diagnosis and treatment of the disease have become an important task not only for medicine but also for the state. As COVID is one of the 19 new infectious diseases in the country, it is one of the most important and urgent issues in improving the clinical course of infection, timely diagnosis, complications and treatment.

The purpose of the study. Epidemiological analysis of polymerase chain reaction (PCR) tests for COVID-19 in Andijan region and their results.

Materials and methods. Retrospective epidemiological analysis of PCR tests and results conducted in the laboratory of the Andijan Regional Department of Sanitary Epidemiological Surveillance and Public Health. The specific features of COVID-19 strains prevalent in China, Russia, and Uzbekistan in 2019-2021 suggest that relatively mild, asymptomatic forms are more common if the clinical presentation of COVID-19 is taken into account, but this the figure is much higher, ends in death. Therefore, the importance of early diagnosis of the disease is very high. PCR analysis at all stages of the disease, as well as the fact that the tampon taken from the mucous membrane of the throat does not show a constant positive result, delays the confirmation of the disease. Of the 2,636 patients admitted to the Andijan Regional Infectious Diseases Hospital in October 2020, only 298 (11.30%) tested positive for SARS-CoV-2 RNA in the polymerase chain reaction test. Of the 386 PCR tests conducted in the laboratory of the Andijan Regional Department of Sanitary and Epidemiological Surveillance and Public Health in March 2020, 8 (2.1%), 30871 in April, 149 in May (0.5%) and 28829 in May. tasi (0.5%).), in June, 29,062 inspections revealed positive results in 32 (0.1%) cases.

Conclusion: Thus, PCR test is not sufficient in the detection of COVID-19 coronavirus, so epidemiological examination of the disease is expedient to use clinical and analytical biochemical, immunological and radiation diagnostics.

ОИВ- ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯНИ КЛИНИК КЕЧИШИ

*Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Инсонларда вирусли касалликлар орасида герпетик инфекциялар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди, бу эса ўз ўрнида касалликни кенг тарқалиши билан боғлиқ. Герпетик инфекциялар ОИВ-инфекцияси беморларида оппортунистик инфекция ҳисобланган герпетик инфекция энг кўп кузатиладиган касалликлардан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. ОИВ инфекцияси фонида герпетик инфекциясининг клиник спектрини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Олдимизга қуйилган мақсаддан келиб чиқиб ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларнинг турли босқичларда даволанаётган 47 нафар, 18 ёшдан юқори бўлган иммунодефицит ҳолати сабабли юзага келган иккиламчи, герпетик инфекция ривожланган беморлар кузатувимизда бўлди ва улардага герпетик инфекцияни клиник кечиши ўрганилди. Герпетик инфекция ташхисоти беморларда клиник- анамнестик, умумий физикал ва лаборатор текширувлар ҳамда органлар ва тизимларда аниқланган ўзгаришлар асосида, патогеннинг политропик табиатини ва касалликнинг терминал босқичидаги зараланишлар умумий табиатини ҳисобга олган ҳолда аниқланилди. Герпетик инфекциясининг этиологик талқини ИФА (ИФА) натижаларига асосланди.

Герпетик инфекцияси терминал босқичидаги қўзғатувчининг политроп ва тарқоқ шикастлаш характериға қараб орган ва тизимлардаги ўзгаришларға асосланиб ташхис қўйилган. Беморларда турли шаклдаги сурункали герпетик инфекцияси аниқланган, булардан 38,4% беморларда реактивация, 63,8% ҳолатларда рецидив кечиши кузатилган. ОИВ инфицирланганларда I - босқич - 3, II - 13, III - 22, IV - 3 беморларни ташкил қилди. Барча беморларда герпетик инфекцияға текшириш учун иммунофермент тахлили ўтказилган. Иммунитет танқислиги даражаси ва характерини аниқлаш учун иммун статусни баҳолашда Т-хелперлар юзасидаги CD-4 хужайралари концентрацияси аниқланди.

ОИВ инфекцияси бўлган беморларда бирорта ҳам ўткир герпетик инфекция ҳолати қайд этилмаган. Ҳамма беморларда сурункали герпетик инфекциясининг турли шакллари ташхиси қўйилган, уларнинг қайта фаоллашиши 18 (38,2%) ва қайталаниши – 29(61,72%) ҳолларда аниқланган. Шундай қилиб, оддий герпес вируси (ОВГ 1) фақат ОИВ I-босқичида 3 (6,3%), II-босқичида 2 (4,2%), III-босқичида 33 (70,2%) ва IV-босқичида 9 (19,1%) беморларда аниқланди.

Бурун ва лаб герпеси 26 (63,8%) беморларда аниқланган, унинг биринчи клиник кўринишлари 5 (21,2%), шунингдек гингивостоматит 3 (10,6%) ва фаринготонзиллит 1 (4,2%) нинг қайталанишиға олиб келди. Тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланиши билан ОИВ билан боғлиқ герпетик инфекция нафақат везикуляр тошмаларнинг кўпроқ ва кенг тарқалган элементлари билан, балки унинг секинроқ регрессияси, 1 ойдан ортиқ давом этиши (6 дан 8 ҳафтагача) билан тавсифланади. Бундан ташқари, ОИВ инфекциясининг II босқичидаги беморларнинг 14 (30,7%) герпетик инфекциясининг эрозив-яралли шакли кузатилди - яраға айланадиган чуқур эрозия, улар аста-секин даволанган. Шуни таъкидлаш керакки, сероз таркибға эға бўлган гуруҳланган пуфакчалар кўринишидаги терининг герпетик шикасланишлари нафақат уларнинг типик жойларида - лаблар, бурун қанотларида қайд этилган, балки ОИВ инфекциясининг II босқичидаги беморларда пешона, ёноқ ва кулоқларға ҳам тарқалиши кузатилган. Орофаренкнинг шиллиқ қаватининг шикастланиши доимий ва кучли оғриқлар, гиперемия, гиперсаливация, яралли гингивит билан бирға бўлган.

ОИВ билан касалланган беморларда лабиал герпес иситма, аденопатия, оғриқли яралар, асосан орофаренкс, лаблар ва терининг шиллиқ пардаларига тошиши кузатилган. Текширувда шиллиқ қаватнинг гиперемияси, фарингеал шиш аниқланган. Оғиз бўшлиғи ва лаблар шиллиқ қаватида пайдо бўладиган пуфакчалар тез суръатда кўпайиб, ярали бўлиб, баъзан кенг тарқалиб, нафақат лабларга, балки ёнокларга ҳам таъсир қилган. Беморларнинг 51,7% реактивация босқичида герпетик инфекциясининг белгилари бир хил, аммо яққолроқ бўлган.

Хулоса: Шундай қилиб, Герпетик инфекцияни кечиши ОИВ инфекциясининг босқичига боғлиқ. Касалликнинг I ва II босқичларида бўлган беморларга терининг, оғиз бушлиғи шиллиқ қаватининг, жинсий аъзоларнинг шикастланиши билан фақат маҳаллийлаштирилган Герпетик инфекцияни шакллари ташҳиси қўйилган, улар такрорланиши, тошма элементларининг тарқалиш тенденцияси билан ажралиб туради.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА И ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

*Юлдашев.В.Б., Косимов П.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М., Уринбоев.О.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

В структуре травматизма удельный вес термических поражений кисти колеблется от 10 до 22,2%. При ожогах опорно –двигательного аппарата поражения кисти и пальцев наблюдаются в 32-40% случаев и занимают первое место, как по частоте, так и по значимости. В результате термической травмы кисти до 20% пострадавших становятся полностью или частично нетрудоспособными. Даже при современном лечении ожогов кисти часто не удается избежать развития рубцовых деформаций, по поводу которых в 35%-40% случаев необходимо провести восстановительно реконструктивное лечение. Цель работы проанализировать результаты кожной пластики послеожоговой рубцовой контрактуры кисти и пальцев.

В 2021 г. в ожоговом отделении РНЦЭМП АФ на лечении по поводу постожоговой рубцовой контрактуры и деформации кисти и пальцев находились 65 - больных(50 мужского пола и 15-женского).

При выборе метода восстановления утраченной функции кисти учитывали характер термического повреждения, его площадь, глубина и проводимое ранее лечение, также оценивали состояние вовлеченных в ожоговый рубец тканей и окружающей его кожи, ее мягкость, подвижность, степень потери эластичности. Определяли силу и амплитуду движений. Для оценки состояния суставов выполняли рентгенографию кисти.

Любая реконструктивная операция ставит перед собой две цели: первая - ликвидировать контрактуру сустава с максимальным восстановлением в нем объема движений: вторая - удалить рубцы и восстановить дефект кожи, образовавшийся в процессе мобилизации сустава. Наиболее эффективным методом тактики лечения следует признать полнослойную пластику кожно-жировым лоскутом на питающей ножке. Закрытие дефектов встречными треугольными лоскутами далеко не всегда эффективно. Но опыт свидетельствует о том, что Z-пластика не является оптимальным методом устранения сгибательной контрактуры пальца. Оптимальным способ коррекции является сгибательная контрактуры встречными трапециевидными лоскутами.

В зависимости от выраженности контрактуры и распространенности контрактуры и распространенности рубцов по сгибательной поверхности пальцев выкраивают от 1 до 3 пар трапециевидных лоскутов. Раны по сторонам сшитые лоскутами при необходимости закрывают расщепленной кожей.

В ожоговом отделении РНЦЭМП АФ у ожоговых больных не допускается контрактура пальцев и кисти, совместно выполняется операция кожной пластики и остеосинтеза пальцев со спицами Киршнера.

В первую очередь, у ожоговых больных, у которых ожог верхней конечности всех пальцев, выполняется антроградный остеосинтез пальцев всех кистей. После выполнения остеосинтеза пальцев кисти у больных вставляется автодермопластики кисти, предплечья, плеча и т.д.

Выводы.

1.Необходима преемственность лечения больных с ожоговой травмой на ранних и поздних этапах лечения во избежания развития трудно поддающихся коррекции постожоговых деформаций.

2.Корригирующие оперативные вмешательства при рубцовых контрактурах кисти и пальцев желателно выполнять в максимально ранние сроки после получения ожоговой травмы, но не ранее 6-12 мес, т.е. после полного формирования рубца.

3.Надо широко использовать все виды кожной пластики, как в отдельности, так и в комбинации, сочетая их с корригирующими вмешательствами на сухожильно-связочном аппарате.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

**Юлдашев.В.Б., Джаббаров С.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей в остром периоде.

Материал и методы обследования. Обследовано 49 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 1- 18 лет. Средний возраст составил 8 лет. Средний балл по Глазго 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ у 23(-46%) детей были диагностированы эпидуральные гематомы, у 17(34%) субдуральные, у 13(2%) внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 6-(1%) множественные.

Определяющими факторами для выбора тактики лечения были уровень сознания по шкале ком Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализации гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур головного мозга. Оперировано 28 больных методом резекционной трепанации с активным дренированием, 21 больной лечились консервативно.

Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей было 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении было больше 7 баллов, анизокории не отмечалась, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не превышало 3мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 0,4%. Из них при субдуральных гематомах 0,1% внутримозговых 0,2 %, при множественных гематомах 0,1 %.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечение внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы и ее локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Выводы. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Юлдашова Н.Э., Аблакулова М.Х.

*Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Узбекистан*

Введение: Сердечно-сосудистые заболевания сегодня считаются самыми распространенными причинами гибели людей. Существует также множество основополагающих причин, оказывающих непосредственное влияние на формирование хронических болезней - глобализация, урбанизация, старение населения, а также нищета и стресс. Необходимость, важность и ценность профилактических мероприятий осознаны во всем мире, и наша страна не является исключением. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического генеза, особенно ишемическая болезнь сердца (ИБС), остаются основной причиной преждевременной смерти во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, профилактика ССЗ высоко эффективна. Снижение смертности от ИБС на 50% связано с воздействием на факторы риска и только на 40% с улучшением лечения. Ухудшение экологической обстановки, изменение образа жизни людей ведут к увеличению распространенности факторов риска этих заболеваний их эпидемиологии.

Цель исследования. Изучение распространенности факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения.

Материал и методы. Проведено исследование распространенности АГ в общей популяции среди лиц старше 40 лет одного территориального участка семейной поликлиники №3 г. Самарканда. Всего обследованы 620 человек. Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и регистрацией среднего значения. Каждому была заполнена анкета, содержащая вопросы здорового образа жизни, антропометрические данные. Избыточная масса тела определялась по формуле Кетле – индекс массы тела (ИМТ) – вес/рост $m^2 \times 100$. При индексе 0,30 и более фиксировалась избыточная масса тела. За курение принималась одна сигарета в день и больше. Наличие сахарного диабета оценивалось по записям в картах.

Результаты. Проведенное анкетирование населения показало, что явно недостаточное внимание опрошенных к своему здоровью и незнание ими основных норм здорового образа жизни. У 25,5 % обследованных мужчин и 21 % женщин А/Д оказалось за пределами нормальных значений. Среди лиц с АГ выявлена низкая осведомленность о своем заболевании – (45,5 %), не лечатся – (21,5 %). Опрос также показал, что многие пациенты нередко игнорировали немедикаментозные методы борьбы с АГ. Курили 84,2 % мужчин. Большинство населения досаливали готовую пищу всегда – 30,9 % мужчин и 24,6 % женщин. Установлено, что в течение последнего месяца употребляли спиртные напитки 82,5 % мужчин и 42,3 % женщин. У 15,8 % человек, из них 23 мужчины и 41 женщина – выявлено ожирение.

Заключение. Таким образом, обследованные с теми или иными факторами риска были взяты на учет. Также им было назначены основные лечебные мероприятия; снижение массы тела, которое достигается немедикаментозными методами – применение низкокалорийной диеты и повышение физической активности, при необходимости применением специальных

лекарственных препаратов. Семейным врачам рекомендуется проводить ежегодное обследование лиц старше 40 лет. Среди наиболее специфических факторов риска лиц с заболеваниями сердечно-сосудистых, следует особенно обращать внимание на такие факторы, как ожирение, АГ, ИБС и наследственный анамнез. Эту группу больных необходимо обследовать два раза в год.

ПРОФИЛАКТИКА СЛЕПОТЫ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИ-VEGF ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЁКА

*Янгиева Н.Р., Муханов Ш.А., Гиясова А.О., Мубаракова К.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Офтальмологическая клиника «SINAT KO`Z»*

Актуальность. Диабетическая ретинопатия (ДР) является ведущей причиной слепоты и присутствует более чем у половины пациентов с сахарным диабетом продолжительностью более 20 лет. Диабетический макулярный отек (ДМО) является наиболее частой причиной снижения зрения в глазах с ДР. Для лечения ДМО использовались различные хирургические и медикаментозные методы лечения, а также фармакологические методы лечения; например, антитела к фактору роста эндотелия сосудов (VEGF) стали терапией первой линии при ДМО.

Цель. Оценить эффективность, безопасность и частоту инъекций анти-VEGF препарата при лечении ДМО на фоне непролиферативной ДР в течение 12 месяцев наблюдения.

Материалы и методы. В этом ретроспективном исследовании участвовали 26 пациентов (30 глаз) с диагнозом ДМО на фоне непролиферативной ДР. Женщин было 14, мужчин – 12. Средний возраст пациентов составил $44,6 \pm 5,5$ лет. Всем пациентам была назначена анти-VEGF терапия с препаратом луцентис («Novartis», Швейцария). Международное непатентованное название: ранибизумаб. Препарат относится к клинико-фармакологической группе моноклональных антител к эндотелиальному фактору роста - А (VEGF-A). Препарат Луцентис применяли интравитреально в дозе 0,2 мл (2,0 мг). Срок наблюдения пациентов составил 12 месяцев.

Методами исследования явились исследование остроты зрения с наилучшей коррекцией и радиальная ОКТ-сканирование для оценки анатомических изменений центральной толщины сетчатки в области фовеа до и после лечения. Также изучали количество инъекций анти-VEGF препарата, необходимых за 12 месяцев наблюдения.

Результаты. Средняя острота зрения до лечения было $0,48 \pm 0,05$. Центральная толщина сетчатки в области фовеа до лечения в среднем составил $442,6 \pm 52,4$ мкм. Через месяц после инъекции препарата острота зрения составила $0,68 \pm 0,04$ ($p < 0,05$), через 3 месяца $0,71 \pm 0,05$ ($p < 0,05$), через 6 месяца $0,65 \pm 0,05$ ($p < 0,01$), через 12 месяцев – $0,58 \pm 0,08$ ($p < 0,02$). Соответственно, изменялись данные ОКТ: через месяц $273,6 \pm 48,8$ мкм, через 3 месяца – $259,5 \pm 25,8$ мкм, через 6 месяцев – $325,67 \pm 29,5$ мкм, через 12 месяцев – $348,23 \pm 39,5$ мкм. Следует отметить, что на 20 глазах (66,7%) после одной инъекции препарата в течение 1-го месяца удалось добиться полной резорбции интравитреального отека в области фовеа.

Повторное введение интравитреальных инъекций в течение 12 месяцев наблюдения понадобилось в количестве 2-х инъекций в 6 случаях (20,0%) и более 2-х инъекций в 4-х случаях (13,3%), а в остальных случаях однократное введение анти-VEGF препарата было достаточным.

Заключение. Анти-VEGF терапия при лечении ДМО на фоне непролиферативной ДР позволила добиться отличных результатов: в 66,7% случаев полной резорбции интравитреального отека макулы. Повышение эффективности лечения и минимизация предотвратимой потери зрения для каждого пациента —

приоритетная цель дальнейшего совершенствования анти-VEGF терапии при ДМО на фоне непролиферативной ДР.

Хирургия

THE PROBLEM OF PREVENTION OF SECONDARY KELOID SCARRING

*D.A.Abdukadirov, M.M.Madazimov K.M.Madazimov
Andijan State Medical Institute*

Relevance of the problem. Treatment and prevention of relapses of keloid scarring, despite the rapid development of medical technologies, remains an urgent problem not only in reconstructive and plastic surgery, but also in related disciplines. According to various sources, the prevalence of keloids is observed in the range from 1.5 to 16%, depending on the population. Thus, with a population of 33 million people in Uzbekistan, at least about 450 thousand people are at risk of developing keloid scars. Despite the fact that a large number of both surgical and combined methods of treating keloid scars have been developed and put into practice, the percentage of recurrence of keloid scars is 40-100%.

Materials and methods of research. For the period from 2017 to 2021, we examined 237 patients with keloid scars of various parts of the body in the department of the consequences of burns and injuries of the Andijan Regional Multidisciplinary Medical Center. The age of the patients ranged from 5 to 53 years. 138 (58%) patients were previously operated on in other institutions. The reason for the development of keloid scars in this group of patients was acne, pimples, etc., i.e. so-called primary keloid scars. According to the results of the examination, the formation of keloid scars in patients of this group, including spontaneous ones, was observed in certain anatomical areas (earlobes, chest, shoulders, upper back, back of the neck, cheeks). Keloid scars formed within 3 months after skin injury, and then increased in size over time, often accompanied by soreness and hyperesthesia. According to the patients, the size of the scars at the time of the initial visit to the surgeon ranged from 0.5x0.5 cm to 1.5x2.0 cm on average. For this reason, these patients turned to polyclinics and surgical departments at the place of residence. The surgeons who performed the initial examination of these patients suggested excision of scars. In all patients of this group, after excision of keloid scars, recurrent growth of scars at the site of excision was observed, and in all these cases, the size of the postoperative scar exceeded the size of the primary scar. In 83 (61%) patients, the same specialists performed repeated excision of the recurrent scar and in 16 (11%) of them, the excision of postoperative scars was performed 3 or more times. According to our survey, the patients did not undergo preoperative and postoperative therapeutic measures to prevent recurrent growth of keloid scars. Thus, after unsuccessful attempts to treat keloid scars, patients were forced to turn to other specialists, and eventually referred to our department.

In the department, patients were treated according to the results of an individual examination of each patient. Preoperative preparation included injections of triamcinolone acetonide into the scar at a dosage of 10 mg/cm² with an interval of 10 days, hydrogen sulfide baths in the scar area in the Chimyon sanatorium. During the operation, after excision of the scar, a wide mobilization of healthy wound edges was carried out with careful hemostasis, as well as chipping of the wound edges with a solution of triamcinolone acetonide at a dosage of 5 mg/cm of the wound length. The postoperative

period also included hydrogen sulfide irrigation and ultrasound with Contractubex gel for 3 months.

Findings. In our opinion, one of the reasons for the development of relapses of keloid scarring at the initial stage of treatment is the relatively small number of patients with keloid scars who turn to surgeons of family polyclinics and surgical departments, compared with the main surgical pathologies. And as a result, the lack of awareness of specialists in modern methods of managing patients with keloid scars, which ultimately leads to the following;

1) the small size of the primary keloid scar and its mobility at the initial stage of the process lead the specialist conducting the initial examination of these patients to the erroneous opinion that the standard removal and subsequent stitching of the resulting wound is a sufficient medical procedure;

2) ignoring the atraumatic surgical technique is an important factor contributing to the re-growth of scars;

3) another factor aggravating the scarring process is the lack of preoperative, intraoperative and postoperative medical and physiotherapeutic methods for preventing the recurrence of keloid scarring at the initial stage of treatment;

And as a result of the above, a “vicious circle” is formed, when each intervention for surgical removal of the scar leads to the formation of a keloid scar of even larger sizes and leads both to aggravation of the process itself and to changes in the psycho-emotional background of patients in a negative direction.

Conclusion. In order to prevent and reduce the number of relapses after surgical treatment of initially detected keloid scars in conditions of a family polyclinic or non-core surgical departments, it is necessary to constantly increase the awareness of primary care physicians of surgical specialties about modern technologies and methods for diagnosing, preventing and treating keloid scars at the initial stage of patient examination. Isolated surgical treatment of keloid scars in the form of excision and stitching of the resulting wound, without the use of concomitant medication and physiotherapy, in most cases leads to re-growth of scars. At the same time, it is necessary to emphasize the fact that the surgical technique for performing operations to eliminate scars is of great importance. A surgeon performing operations to remove keloid scars must have the skills of atraumatic techniques for performing surgical interventions, which consist in minimal traumatization of surrounding tissues and the use of modern suture material. Extensive mobilization of surrounding healthy tissues is required to achieve minimal tension on healthy tissues after excision of keloid scars. Unfortunately, some doctors of surgical specialties are not familiar enough with these skills.

To solve this problem, it is necessary to develop national clinical guidelines for the management of patients with keloid and other types of pathological scars, to include lectures and presentations on this pathology in the advanced training courses for doctors in surgery, and to maintain a dispensary record of patients with keloid scars from the moment of the first visit to the doctor. It is also necessary to increase the awareness of patients about this disease.

PREVENTION OF POSTOPERATIVE KELOID SCARRING IN ABDOMINAL SURGERY

*D.A.Abdukadirov, M.M.Madazimov, K.M.Madazimov
Andijan State Medical Institute*

Relevance: Keloid scars are a pathological reaction to trauma (pathological healing of traumatic injuries). They were diagnosed thousands of years ago, but to this day, they remain a serious clinical problem. Until today, the actual problems are the lack of unified approaches to the

definition of the disease itself, various interventions and indicators of the effectiveness of treatment. The formation of keloid scars after various surgical interventions on the abdominal organs also remains one of the problems of surgeons and reaches 70-80%.

Purpose of the study: To study the effectiveness of intraoperative use of triamcinolone acetonide and atraumatic suture material in suturing the surgical wound after interventions on the abdominal organs in patients with a predisposition to the formation of keloid scars, followed by irrigation of the wound area with hydrogen sulfide in the conditions of the Chimion sanatorium.

Materials and methods of research: in the 1st surgical department of the ASMI clinic for the period from 2018 to 2022. 13 patients with various diseases of the abdominal cavity were operated on. There are 8 men and 5 women. The age of the patients varied from 33 to 46. On examination, all patients had keloid scars in the chest area - 10 and shoulder girdle - 3. In all operations, an upper and middle median incision of the anterior abdominal wall was performed along the white line of the abdomen. In order to prevent the formation of postoperative keloid scars, all patients underwent suturing of the surgical wound in compliance with the atraumatic surgical technique. Immediately before suturing, the edges of the surgical wound were chipped with a solution of triamcinolone acetonide (Kenalog-40, 40 mg/ml), previously diluted in an isotonic sodium chloride solution in a ratio of 1:5, in a volume of 2.5 mg of triamcinolone acetonide per 1 cm of the wound. The subcutaneous tissue was sutured with interrupted sutures with atraumatic absorbable Vicryl 3-0 sutures, and a continuous intradermal suture was placed on the skin with Prolen 4-0 sutures. In all cases, postoperative wound healing proceeded without complications by primary intention. All patients of the examined group were recommended to irrigate the area of the postoperative scar with hydrogen sulfide in the conditions of the Chimion sanatorium.

Results: In the immediate and late postoperative period in the period from 4 to 18 months, when examining operated patients, 11 (85%) of the examined group did not show growth of keloid scars in the operated area. In the area of the incision in patients of this group, a linear normotrophic scar was observed with a slight expansion along the scar up to 1.5-2.0 cm. In 2 (15%) patients, the formation of a linear keloid scar was observed at the site of the incision. Patients of this group received 2 courses of therapy with triamcinolone acetonide in the area of scars according to the standard scheme. After the courses of treatment, partial resorption of scars, a decrease in the height of scars above the skin surface, a decrease in soreness and itching in the scar area were observed.

Conclusions: Intraoperative chipping of the edges of the surgical wound with a solution of triamcinolone acetonide and the imposition of a continuous intradermal suture in compliance with the atraumatic operating technique and the use of atraumatic suture material, as well as the subsequent irrigation of the postoperative scar with hydrogen sulfide baths in the conditions of the Chimion sanatorium, can prevent the formation of postoperative keloid scars in patients with predisposition to keloid proliferation during surgical interventions on the abdominal organs in these patients.

PREVENTION OF IMMEDIATE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS WITH LOW-TRAUMATIC ACCESS IN CASE OF DEFLATED NODULAR GOITER

Aliboev M.R., Khozhimetov D.Sh.

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Relevance. During surgical treatment of patients with pathology of the thyroid gland, located retrosternally, the number of intra and postoperative complications can reach up to 10%. The ambiguity of the technique of surgical intervention in patients with various diseases of the retrosternal thyroid gland necessitates the search for new ways to prevent specific intra and postoperative complications.

Purpose: To improve the results of surgical intervention in patients with nodular pathology of the thyroid gland.

Materials and Methods: We analyzed the results of surgical treatment in 41 patients with nodular goiter. Among the operated patients there were 8 (19.5%) patients with nodular nontoxic goiter, 25 (61%) with multinodular nontoxic goiter, 8 (19.5%) with recurrent multinodular goiter. When examining patients, we attached particular importance to imaging research methods, such as ultrasound, computed and magnetic resonance imaging of the neck and mediastinum.

In the surgical treatment of patients, an improved technique of surgical intervention from the cervical access was used, observing a certain stage in the mobilization of the thyroid gland. Access to the thyroid gland was carried out by a collar incision. The angles of the surgical wound were located at the level of the medial edges of the sternocleidomastoid muscles. If necessary, for a better view and convenient manipulation in a small incision, the preglottic muscles were retracted using the Farabev hook. The essence of the technique is to ensure maximum mobility of the removed thyroid lobe with the retrosternal component when it is mobilized from top to bottom.

The possibility of atraumatic movement of the lower pole in the bed of the thyroid gland is due to the fact that etiologically retrosternal localization of the thyroid tissue is an acquired pathology. Particular attention was paid to the retrosternal part of the wound bottom. When closing the wound, a rubber strip was left for aspiration. On the 2nd - 3rd day after the operation, the blood levels of Ca, P, thyroid hormones were determined in patients and a laryngoscope examination of the larynx was performed.

Results: Analysis of the results of treatment of this group of patients showed that when using the proposed intervention, there was no need to expand the surgical access. In addition, there were no clinical laryngoscope signs of laryngeal and oropharyngeal disorders, persistent hypoparathyroidism, bleeding or inflammation in the wound. In the postoperative period, we identified 1 (2.5%) case of transient hypoparathyroidism, which was easily stopped by conservative measures.

Conclusions: Thus, in order to improve the results of surgical intervention in patients with nodular goiter from the cervical approach, it is necessary to observe a certain and clear staging during the mobilization of the thyroid lobe with separate ligation of the branches of the lower and upper thyroid vessels, visualization and isolation of the parathyroid glands, recurrent and, if necessary, superior laryngeal nerve. It was the above circumstances that made it possible to achieve a decrease in the number of intra and postoperative complications with the required amount of intervention, and thus made it possible to improve the results of surgical treatment of the observed patients.

TACTICS ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID DISEASES WITH RETROSTERNAL LOCALIZATION

Aliboev M.R.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Among the widespread thyroid pathology, diseases of the retrosternal thyroid gland occur in 5–6% of cases. The only method of treatment of patients in this category is the surgical method.

During surgical treatment of patients with pathology of the thyroid gland, located retrosternally, the number of intra and postoperative complications can reach up to 10%. At the same time, the main causes of complications can be both traditional difficulties characteristic of all operations on the thyroid gland, and features associated with the localization of the retrosternal component. It should be noted that attempts to blindly “hull out” the lower thyroid pole often lead to surgical complications in these operations from the cervical approach. In addition, a transition to more traumatic interventions, namely sternotomy or thoracotomy, is often required.

Objective: To improve the results of surgical intervention in patients with diseases of the retrosternal thyroid gland.

Materials and Methods: We analyzed the results of surgical treatment of 41 patients with retrosternal thyroid gland. Among the operated patients there were 4 (10%) patients with nodular nontoxic goiter, 17 (42%) with multinodular nontoxic goiter, 2 (5%) with recurrent multinodular goiter, 2 (5%) with diffuse toxic goiter, 5 (12 %) - with autoimmune thyroiditis, 8 (19%) - with thyroid adenoma and 3 (7%) patients with thyroid carcinoma.

When examining patients, we attached particular importance to imaging research methods, such as ultrasound, computed and magnetic resonance imaging of the neck and mediastinum.

In the surgical treatment of patients, an improved technique of surgical intervention from the cervical access was used, observing a certain stage in the mobilization of the thyroid gland. Access to the thyroid gland was carried out by a collar incision. An important condition for this is, first of all, the complete mobilization of the upper pole and the middle part of the thyroid gland. With this method, in order to facilitate the mobilization of the retrosternal part of the thyroid gland, we began interventions by crossing the isthmus in the longitudinal direction after separating it from the trachea in a blunt way. The next step was to mobilize the upper pole of the gland with the isolation and transection after ligation of the upper thyroid arteries, veins and lymphatic vessels. On the 2nd - 3rd day after the operation, the blood levels of Ca, P, thyroid hormones were determined in patients and a laryngoscope examination of the larynx was performed.

Results: Analysis of the results of treatment of this group of patients showed that when using the proposed intervention, there was no need to expand the surgical access. In addition, there were no clinical laryngoscope signs of laryngeal and oropharyngeal disorders, persistent hypoparathyroidism, bleeding or inflammation in the wound. In the postoperative period, we identified 1 (2.5%) case of transient hypoparathyroidism, which was easily stopped by conservative measures.

Conclusions: Thus, in order to improve the results of surgical intervention in patients with diseases of the retrosternal thyroid gland from the cervical approach, it is necessary to observe a certain and clear stage in the mobilization of the thyroid lobe with separate ligation of the branches of the lower and upper thyroid vessels, visualization and isolation of the parathyroid glands, recurrent and, if necessary, superior laryngeal nerve.

POLIPOZ RINOSINUSITDA YALLIG‘LANISH VA IMMUNITET NAMOYON BO‘LISHINING XUSUSIYATLARI

*Axmadjonov M.A., Tojiboyev A.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarblik. Bakterial infeksiyaning uzoq davom etishi va mahalliy immunitetning pasayishi bilan to‘qimalarning shikastlanishi burun shilliq qavatida paydo bo‘lib, surunkali yallig‘lanishni keltirib chiqaradi va bakteriyalar va ularning mahsulotlari tomonidan yallig‘lanish mexanizmlarini rag‘batlantirishga asoslangan ayanchli doirani keltirib chiqaradi. Surunkali polipoz rinosinusit bilan og‘rigan bemorlarda kirpikli hujayralar soni va kirpiklar sonining kamayishi, qadah hujayralari sonining ko‘payishi va giperplaziyasi tufayli mukosiliar transport tezligining pasayishi qayd etildi.

Burun shilliq qavati va uning paranasal sinuslarini immunitetni himoya qilish mexanizmlarining barcha avtonomiyalariga qaramay, mahalliy immunitet umumiy immunitetning ajralmas va bo‘ysunuvchi qismidir. SHunday qilib, immunitet tizimidagi patologiya burun patologiyasi va uning paranasal sinuslari rivojlanishiga turtki bo‘lishi mumkin, shuningdek uning rivojlanishiga ta’sir qilishi mumkin.

Surunkali polipoz rinosinusit patogenezida gumoral va hujayrali immunitet tizimidagi buzilishlar muhim rol o‘ynaydi. Hozirgi vaqtda ko‘plab mualliflar CPRSNI ikkilamchi immunitet tanqisligi sharoitlariga bog‘lashadi. CKD bilan og‘rigan bemorlarda limfotsitlar regulyator va effektor subpopulyasiyalarining funksional faolligi muvozanati aniqlandi-b-immunitet tizimining giperfunksiyasi, t-yordamchilar sonining ko‘payishi va t-supressorlar sonining kamayishi, Ig A, M G sonining kamayadi,

Izlanish maqsadi. Tadqiqot maqsadi surunkali polipozli rinosinusit jarayonini diagnostika algoritmi, uning yangi samarali usuli, shuningdek, ushbu kasallikning kechishi va natijasi uchun prognostik mezonlarni asoslash orqali polipozli rinosinusit kasalligiga chalingan bemorlarni davolash samaradorligini oshirishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari. Biz 2020-2023 yillarda Andijon viloyat klinikasi otorinolaringologiya bo‘limida davolanayotgan, 18 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan jami 70 nafar bemorning (50 asosiy guruh surunkali polipozli rinosinusit tashxisi qo‘yilgan, 20 nafar burun va burun yondosh bo‘shliqlarining boshqa patologiyalari nazorat guruhi) ma‘lumotlarini o‘rganib chiqishni reja qildik.

Tekshirish natijalari. Qon zardobidagi A,M va G immunoglobulinlari darajasi Mancini immunodiffuzion usuli asosida Reafarm Moskva savdo to‘plamlari yordamida aniqlandi [220].

Usul o‘rganilayotgan sarum ilgari tarqalgan monospesifik antiserum bo‘lgan agar qatlamida kesilgan quduqlarga kiritilganda hosil bo‘lgan yog‘ingarchilik halqasini o‘lchashga asoslangan. Hosil bo‘lgan yog‘in halqalari diametrining kattaligiga ko‘ra grafik va kalibrlash egri chizig‘i tuzilib, ular yordamida o‘rganilayotgan zardobdagi immunoglobulinlar soni hisoblab chiqildi. Sog‘lom shaxslarda nazorat qiymatlari: Ig a - $1.86 + 0.09$ g/l; Ig M - $1.0 + 0.09$ g/l; Ig G - $9.85 + 0.26$ g/l da $m = 2$ bo‘lgan. Bundan tashqari, tupurik va burun yuvish tarkibidagi immunoglobulinlarning tarkibi Louri bo‘yicha umumiy oqsil ko‘rsatkichlarini standartlashtirish bilan monoklonal antikorlar yordamida qattiq fazali ferment immunoassay tomonidan aniqlandi. Nazorat guruhida so‘lak va burun chanoqlarida immunoglobulinlar miqdori mos ravishda Ig a ($0.032 + 0.007$ g/l va $0.021 + 0.004$ g/l), Ig G ($0.026 + 0.003$ g/l va $0.020 + 0.003$ g/l) ni tashkil etdi. Burun chanoq va so‘lakdagi immunoglobulin m a‘lumotlari faqat nazorat guruhini tashkil etgan tekshirilayotgan shaxslarning bir qismida aniqlandi, shu sababli sekret tarkibidagi o‘rtacha qiymatlarni aniqlab bo‘lmadi. Nazorat guruhidagi Sig A ning o‘rtacha qiymatlari so‘lakda $0.016 + 0.001$ g/l; burun chanoqlarida $0.032 + 0.002$ g/l ni tashkil etdi.

Xulosa. Polipoz rinosinusitning klinik ko‘rinishlari mukosiliar transport tizimining funksional buzilishlari, funksiyasi, burun bo‘shlig‘i shilliq qavatining mahalliy immuniteti va paranasal sinuslar va polipoz o‘shish bilan ularning bo‘shlig‘ini to‘shib qo‘yishi tufayli burun nafas olishining buzilishi natijasidir.

Surunkali polipoz rinosinusit T-hujayra bog‘lamining o‘rtacha immunitet tanqisligi fonida rivojlanadi, kasallikning qaytalanuvchi kechishi bilan og‘rigan bemorlarda ular ko‘proq namoyon bo‘ladi va to‘g‘rilanmaydi, xirurgik davolashdan keyin normallashtirilmaydi.

SURUNKALI POLIPOZ RINOSINUSITNI DAVOLASH

*Axmadjonov M.A., Tojiboyev A.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarblik. Polipoz rinosinusitni davolash muammosi bugungi kungacha otorinolaringologiyada eng dolzarb va hal qilinmaydigan muammolardan biri bo‘lib qolmoqda. LOR patologiyasi tarkibida ushbu kasallik bemorlarning 5 dan 25% gacha. Ekologik vaziyat, salbiy ekologik omillar va kasbiy kasalliklar tufayli bo‘lishi mumkin chastotasi va uning qaynoq chastotasini oshirish tendensiyasi, hali ham mavjud.

Polipoz rinosinusit hozirgi vaqtda yuqumli va allergik yallig'lanish va organizmning allergik qayta tuzilishi, autoimmun jarayonlar, xromosoma darajasidagi genetik kasalliklar va avtonom asab tizimining funksional buzilishlariga asoslangan polietilogik kasallik sifatida qaralmoqda. Bu jarayonlarning barchasi tananing umumiy reaktivligining pasayishi, burun shilliq qavatining mahalliy immuniteti bilan birga keladi va asosan metabolik va mikrotsirkulyasiya buzilishi, gipoksiya va endogen intoksikasiya natijasidir.

Kasallikning qo'zg'atuvchi mexanizmi xilma-xilligini o'rganishda erishilgan yutuqlarga qaramay, surunkali polipoz rinosinusit etiopatogenezining ko'pgina jihatlari etarlicha o'rganilmagan. Bu, birinchi navbatda, hujayra immunitet tizimi va uning eng muhim tarkibiy qismi neytrofil, leykotsitlar funksional holati, tarkibiy gomeostaz muvozanatini ta'minlash bilan bog'liq.

Izlanish maqsadi. Ishning maqsadi klinik, funksional, patogenezning turli aloqalariga bir vaqtning o'zida va ketma-ket ta'sirini hisobga olgan holda surunkali polipoz rinosinusitni davolashning murakkab usulini immunologik va sitokimyoviy baholash tez va uzoq muddatli davolash natijalarini yaxshilashga qaratilgan.

Tekshirish materiallari va usullari. Ish otorinolaringologiya kafedrasida 2019-2022 yillarda Andijon viloyatida polipozli rinosinusitning tarqalishi va kasallanish darajasining ekologik omillar ta'siriga bog'liqligi o'tkazilgan tadqiqot natijalariga asoslangan. ADTI klinikasi otorinolaringologiya bo'limida davolangan bemorlarning ambulator va statsionar ravishda murojaat qilib kelgan jami 70 nafar bemorlarda profilaktik tekshirish natijalari tahlil qilindi.

Tekshirish natijalari. Andijon viloyati aholisida birlamchi surunkali va qaytalanuvchi polipoz rinosinusitning klinik va patogenetik xususiyatlarini ochib berish maqsadida nafas yo'llari kasalliklari, shu jumladan surunkali rinosinusitning tarqalishiga ta'sir etuvchi ekologik omillar o'rganildi. Mintaqada atrof-muhit ifloslanishi noqulay deb baholanishi ko'rsatilgan.

ADTI klinikasida davolangan 70 nafar bemorda kasallanish darajasining atrof-muhit omillariga bog'liqligi o'rganildi.

Viloyat aholisining LOR patologiyasi tarkibida surunkali rinosinusit (34,25%), surunkali tonzillit (10%), surunkali faringit (8,8%) va boshqalar. ustun.

LOR a'zolari kasalliklarining umumiy tuzilishida, LOR bo'limi ma'lumotlariga ko'ra, 2019-2022 yillarda polipoz rinosinusitning ulushi ijtimoiy faol (6,6-8,6) yoshdagi bemorlarning 31-60% ni tashkil etdi.

70 nafar bemorni maqsadli tekshirish o'tkazildi, shu jumladan 50 nafari birlamchi polipoz rinosinusit bilan (i guruh) va 20 nafari boshqa LOR organlari patologiyalari bilan (2 guruh).

Umumiy klinik va maxsus tekshirish usullari - endoskopik, funksional, bakteriologik, sitologik, immunologik, sitokimyoviy va morfologik usullardan foydalanilgan.

Amaldagi tadqiqot usullari LOR organlarining dastlabki holatini, PRS bilan kasallangan bemorlarni kompleks davolash samaradorligini baholashga va birlamchi va takroriy klinik, immunologik, sitokimyoviy va morfologik xususiyatlariga qarab dori terapiyasining tarkibiy qismlarining kompleks usuliga kiritish uchun aniq va aniq ko'rsatkichlarni ishlab chiqishga imkon beradi surunkali polipoz rinosinusit.

Xulosa. Olib tashlangan polioplarni morfologik tekshirish natijalari davolash kompleksiga tuzatishlar kiritishga imkon beradi va surunkali polipoz rinosinusitni davolash natijalarini taxmin qilish uchun ishlatilishi mumkin.

Jarrohlik davolashning endoskopik endonazal usullari patogenetik jihatdan asosli dori-darmonlarni davolash bilan birgalikda sorbentlar, sirt ta'sir qiluvchi farmatsevtika, tomir ichi past energiyali lazerforez va enterosorbtsiyani bir vaqtning o'zida va doimiy ravishda mahalliy foydalanish bilan birgalikda operatsiya qilingan bemorlarning sog'lig'i va hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilashga imkon beradi. Polipoz rinosinusitni kompleks davolashning ishlab chiqilgan usullari kasallikning birlamchi va takroriy shakllarida samarali hisoblanadi.

KRON KASALLIGINI ANIQLASHDA ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA USULLARI

*Baxronov J.J., Ubaydullayev S.Z., Muhiddinzoda R.N.
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti*

Mavzuning dolzarbligi.

Hozirgi kunda Kron kasalligi zamonaviy tibbiyotning dolzarb va murakkab muammolaridan biri hisoblanadi. Butunjahon gastroenterologiya tashkiloti (WGO) ma'lumotlariga ko'ra kechish og'irligi, asoratlari chastotasi va o'lim soniga ko'ra ko'plab davlatlarda ovqat hazm qilish sistemasi patologiyalari orasida Kron kasalligi yetakchi o'rinlarda turadi. Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra Kron kasalligining uchrash chastotasi 100 ming aholidan 10-150 holatni tashkil etib, bu ko'rsatkich yildan-yilga oshib bormoqda.

Mulohaza.

Kasallikka laborator tashxis qo'yishda qon tahlilida kamqonlik, leykotsitoz va EChT ning oshishi, gipoproteinemiya, foliy kislotasi va B12 vitamininig kamayishi, elektrolitlar muvozanatining o'zgarishi kuzatiladi. Najas tahlilida steatoreya aniqlanadi. Najas mikroskopiyasida yashirin qon, ko'plab leykotsitlar va epiteliy hujayralari topiladi.

Instrumental tekshirishlardan Ezofagogastrofibroduodenoskopiya (EGFDS) o'n ikki barmoq ichak terminal qismi shilliq qavatidagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi. Kontrastli rentgen tekshiruvda zond orqali Treys bog'lamining distal qismidan kontrast modda (Bariy sulfat) yuboriladi. Kontrast modda ileosekal sohaga yetib borgandan so'ng zondagi infuzion tizim orqali ichak bo'shlig'iga havoyuborilib tekshiriladi. Bunda quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi: shilliq osti qavat shishganligi va u yerda granulyomalar joylashganligi sababli shilliq qavat burmalarining tekislanishi va qalinlashishi, ko'plab yuza joylashgan va yallig'lanish halqasi bilan o'ralgan yaralar hosil bo'lishi.

Hozirgi kunda Kron kasalligiga tashxis qo'yishning eng samarali usuli bo'lib iliokolonoskopiya ya'ni yo'g'on ichakning barcha qismi va yonbosh ichakning terminal qismini tekshirish usuli hisoblanadi. Bunda yo'g'on ichakning barcha qismlaridan biopstat olish (kamida 2 ta) va yonbosh ichakning zararlangan va zararlanmagan qismidan biopstat olib gistologik tekshiruv o'tkaziladi. Agar Kron kasalligini ingichka ichakni zararlaganiga shubha qilinsa videokapsulali endoskopiya o'tkaziladi. Lekin bu usulda biopstat olishning imkoni yo'q. Xulosa.

Kron kasalligiga erta va to'g'ri diagnoz qo'yish kasallikning o'z vaqtida davolanish va asoratlarning oldini olishda katta ahamiyatga ega. Zamonaviy diagnostika usullari esa nafaqat patologiya mavjud bo'lgan qismning lokalizatsiyasi, balki kasallik mavjud bo'lgan sohani vizual kuzatish, tasvir olish va biopstat olish imkonini beradi.

**KATTA YOSHDAGI INSONLARDA KARIES KASALLIGINING INDIVIDUAL
PROFILAKTIKASI
(INDIVIDUAL PROFILACTICS OF CARIES DISEASE IN ADULTS)**

Daminova M. I.

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Annotatsiya: Katta yoshdagi insonlarda karies profilaktikasi kariesni asoratlarini kamaytiruvchi eng samarali usul hisoblanib, bunda tish karashlarining zararli mikroorganizmlardan to'g'ri tozalanishi, ularning normal shakllanishi uchun vitamin hamda mineral moddalarni muntazam va me'yorida iste'mol qilish, oziq-ovqat mahsulotlarini to'g'ri tanlanganligi, ovqat ratsionida foydali mahsulotlarning yetarli darajada tashkil etilganligi, uglevodni me'yorida qabul qilish, so'lak miqdorining yetarli bo'lishi va uning pH darajasining doimiy saqlanishi, emal shakllanishi uchun alohida ahamiyatli bo'lgan va karies

yuzaga kelishida kamayishi ham sababchi bo'luvchi ftor miqdorini normallashtirilishi, shu bilan birga organizm kalsiy, kaliy, vitamin A, C, D, E ga boy mahsulotlarni qabul qilishi, o'z navbatida bir yilda ikki marotaba shifokor ko'rigidan o'tish, umuman olganda kasallik profilaktikasidagi mahalliy hamda umumiy qoidalarga rioya qilishdan iborat.

Annotation: Caries prevention in adults is the most effective way to reduce the complications of caries, which involves the proper cleaning of the teeth from harmful microorganisms, regular and moderate consumption of vitamins and minerals for their normal formation, nutrition. The proper choice of ingredients, adequate organization of useful products in the diet, moderate intake of carbohydrates, adequate saliva and its constant maintenance of the pH level, which is especially important for the formation of enamel and reduce the incidence of caries. Normalization of the amount of fluoride in the body, as well as the body's intake of products rich in calcium, potassium, vitamins A, C, D, E, respectively, a medical examination twice a year, in general, local and adherence to general rules.

Ta'kidlab o'tish joizki, hozirgi kunda stomatologiya sohasidagi bemorlarning asosiy murojaati karies kasalligi bo'yichadir.

Tish kariesi (Caries dentes) – patologik jarayon bo'lib, og'iz bo'shlig'ida eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Bu kasallik tishlar chiqqandan so'ng kuzatiladi. Karies paydo bo'lganda avvalo tish emali shikastlanadi, agar davolanmasa, u dentin (tishning qattiq to'qimalari) ni shikastlaydi. Karies lotin tilidan olinganda «chirish» degan ma'noni anglatadi, xalq orasida karies «tish chirishi», «tish qurtlashi» degan atamalar bilan nomlanadi. Kariesning dastlabki belgisi — tish emalidagi qora dog'lar paydo bo'lishi. Agar bu dog'larga e'tibor berilmasa, karies diametri oshishi va patologiya tish to'qimalariga chuqurroq tarqalishi ham mumkin, albatta. Tishlarimiz karies bilan kasallanganligini aniqlash juda oson. Tish sirti rangi o'zgarishi, ovqatlanganda tish og'rig'i, ayniqsa shirin, issiq va sovuq ta'sirida yuz beradigan kuchli og'riq ham kariesdan dalolat beradi hamda og'izdan nohush hid kelishi ham kasallik alomati bo'lishi mumkin. Kariesning asosiy sababi – tish to'qimasidan ftor va kalsiyning yuvilishiga sabab bo'ladigan kislotalar ishlab chiqaruvchi mikroorganizmlardir. So'lak ajralishining yetishmovchiligi ham karies rivojlanishiga hissa qo'shishi mumkin. Aslida, so'lak moddalari bakteriyalar tomonidan ishlab chiqariladigan kislotalar ta'sirini qisman bartaraf qilishga qodir. Bundan tashqari, so'lak tish karashlarini yuvib ham turadi. Tish kariesi shakllanishida tez-tez shirinliklarni iste'mol qilish ham sabab bo'ladi va bu qancha glukoza qabul qilinganligiga emas, balki qancha vaqt davomida tishlarga ta'sir etganligiga bog'liq. Shuningdek, karies boshqa omillar bilan bir qatorda, immun tizim faoliyatining buzilishi sababli ham rivojlanadi. Kasallik tishlarni yo'qotish sabablaridan biri bo'lib, chaynov funksiyasini, ovqat hazm qilish sistemasini buzilishiga, o'z navbatida oshqozonning surunkali kasalligiga olib keladi. Zararlangan tish o'z vatida davolanmasa, chirigan tishdagi mikroblar qonga o'tib, yurak, jigar, buyrak va miya kabi hayotiy muhim organlarda turli kasalliklar yuzaga chiqishiga sababchi bo'ladi. Shu kabi nohush holatlarning oldini olish ham mumkin va bu uchun esa, albatta, kasallikning profilaktikasiga e'tibor qaratishdir.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra, tish kareisi hozirgi zamon kasalliklaridan oltinchisi qilib profilaktika o'tkazilishi zarur bo'lgan kasalliklar majmuasiga kiritilgan. Karies kasalligi profilaktikasida og'iz bo'shlig'ini qoldiq oziq moddalardan va yumshoq tish karashlaridan tabiiy tozalovchi oziq-ovqatlar haqida to'xtalib o'tsam. Demak, tabiiy tozalanishga qattiq turdagi oziqalar yordam beradi, misol tariqasida, sabzavotlar yoki xo'l mevalar. Bunda 2ta faktor muhimdir: oziq ovqatni to'g'ri tanlanganligi va uglevodni me'yorda iste'mol qilish; kuniga 3-4 mahal ovqatlangan vaqtda ratsionda to'rtta asosiy guruh mahsulotlar – non, sut, go'sht, sabzavot va mevalar bo'lishi.

Kariesga qarshi kurashishda vitaminlar va mineral moddalarni muntazam ravishda qabul qilinishi maqsadga muvofiqdir. tishlarni normal o'sishi va tish to'qimalarini mustahkam bo'lishi uchun kalsiy, ftor hamda vitamin D muhim o'rin tutadi. Bu moddalar faqatgina

to‘g‘ri ovqatlangandagina organizmga o‘zlashtiriladi. Yuqorida aytib o‘tilganlardan tishlarimiz uchun eng muhimi kalsiy hisoblanib, tishlarni o‘shishi va saqlanishi uchun xizmat qiladi. Organizmga kalsiy to‘laqonli so‘rilishi faqatgina vitamin D yetarli bo‘lgandagina amalga oshiriladi. Shu sababli bu vitamin boy bo‘lgan dengiz balig‘i, yogurt, slivka, sariyog‘, boshqa yog‘li taomlar, sut va sut mahsulotlarini iste‘mol qilish foydali bo‘ladi, albatta. Ftor tishlarni remineralizatsiyasini kuchaytiradi va tish sutukturasini mustahkamlab, tishning tashqi qismi kamroq yemirilishiga olib keladi. U kislotaga hosil bo‘lishini kamaytirib, bakteriya metabolizmini va demineralizatsiyani ham pasaytiradi. Ftor tishlarga ichimlik suvi orqali yoki to‘g‘ridan to‘g‘ri, masalan tish pastasi bilan tishning yuzasiga surkash orqali kiradi.

Yuqorida sanab o‘tilganlar bilan bir qatorda, tishlarning to‘g‘ri yuvilishiga alohida e‘tibor berish joizdir. Tishlar gigienasida bemor shaxsiy gigiena vositalari, ya‘ni chotka, pasta, ipli floslar, elektrlar bilan amalga oshiradi. Bu o‘rinda alohida ahamiyatli tishlarni to‘g‘ri tozalashdir.

Tishni tozalashda standart usul bo‘yicha yuqori jag‘da 3ta segmentga, pastki jag‘da 3ta segmentga shartli ravishda bo‘lib har bitta segmentni tish chotkasini supurgisimon harakatlantirgan holda tozalash maqsadga muvofiqdir hamda bir yilda 2 marotaba tish shifokoriga murojaat qilish lozim.

Yuqorida keltirilgan ma‘lumotlarga asoslanib shuni xulosa qilib aytish mumkinki, karies kasalligini bartaraf etishning eng samarali usuli albatta uning profilaktikasidir. Shu boisdan tishlar gigienasi, to‘g‘ri ovqatlanishga rioya qilgan holda tishlarimizga e‘tiborli bo‘lsak, bu kasallikni oldini olgan bo‘lamiz. Shu o‘rinda ta‘kidlab o‘tish joizki, aholimizning ko‘p qismi tishlarni to‘g‘ri tozalash haqida ma‘lumotlari kam hamda buni bartaraf etish uchun chiqarilayotgan tish pastalari va chotkalari bilan birgalikda tishlarni tozalash bo‘yicha rasmi yo‘riqnomalarni ham qayd etish lozim deb o‘ylayman. Shunda aholi orasida ham yanada yaxshiroq samaraga ega bo‘lamiz.

Qayd etilayotgan barcha ma‘lumotlar o‘z sog‘lig‘imiz uchun ekanligini anglagan holda har birimiz mas‘uliyat bilan qarashimiz kerak.

BOLALARDA FARINGEAL BODOMSIMON BEZLARNI DAVOLASH USULLARI

*Husanov Sh. R.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Kirish. Adenoid o‘simliklar-faringeal (nazofarenks) bodomsimon (vegetatio adenoids) patologik gipertrofiyasi odatda 3 dan 14 yilgacha bo‘lgan davrda uchraydi. Balog‘atga etishish davrida, 14 yildan so‘ng, faringeal bodom kamayadi; kattalarda faringeal bodomsimon gipertrofiya kam uchraydi.

Adabiyotga ko‘ra, adenoidlar qizlar va o‘g‘il bolalar orasida (3 dan 45% gacha) tez-tez uchraydi.

Faringeal bodomsimon gipertrofiyani jarrohlik davolash uchun bir nechta tushunchalar mavjud. Ularning har biri o‘zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Shifokor adenotomiyaning zamonaviy usullarida yaxshi harakat qilishi kerak, har bir bemorning operatsion asoratlari va kasallikning qaytalanishini oldini olish uchun har bir bemorning davolash rejasini shakllantirishga alohida yondashishi kerak.

Faringeal Amigdala gipertrofiyasi (adenoidlar) - bu bolalikning eng keng tarqalgan kasalligi. Hayotning dastlabki yillarida (maktabgacha va erta maktab davrlari) bolalardagi KBB kasalliklari orasida etakchi mavqega adenoid o‘simliklardagi patologik o‘zgarishlar kiradi. Ushbu patologiyani o‘shishi uchun aniq tendentsiya mavjud.

Tadqiqotning maqsadi. Bolalarda II darajali adenoidlarni va surunkali adenoiditni tashxislash va davolash samaradorligini oshirish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu vazifani bajarish uchun nazofarenks gipertrofiyasi bo'lgan 67 bolani tanladik va tekshirdik.

Tadqiqot natijalari. Faringeal Amigdala patologiyasi bo'lgan bolalarda perinatal rivojlanish davri erta va kech gestosis, uchinchi trimestrda homiladorlikning tugashi xavfi, prematüre, surunkali intrauterin xomilalik gipoksiya, postnatal davrda Markaziy asab tizimining perinatal lezyonlari sog'lom bolalarga qaraganda ko'proq qat'iylikka ega bo'lib, sun'iy oziqlantirish, gipotrofiya, anemiya, raxit, allergodermatoz qayd etiladi, ensefalopatiya, oziq-ovqat va dori allergiyasi ushbu xususiyatlar faringeal bodomsimon gipertrofiyasi bo'lgan bolalarda ($p < 0,05$)

Faringeal Amigdala gipertrofiyasi klinik va diagnostik belgilari doimiy qiyinchilik burun nafas, yomon nafas, uyqu paytida horlama, ovoz, eshitish halok, charchoq, ishtaha yo'qolishi, terlash, umumiy holsizlik, hamroh gipertrofiyasi past bezlar va limfa follikullar tomoq orqa devori

Surunkali adenoidit uchun burun, epizodik yo'tal, subfebril tana harorati, patologik rang (siyanoz yoki giperemiya) burun shilliq, burun bo'shlig'ida va tomoq orqa devorida ajratilgan uning shish, burun bo'shlig'i shilliq qavatining isitma, burun bo'shlig'i shilliq qavatining isitma, burun oqishi vaqti-vaqti bilan qiyinchilik bilan xarakterlanadi

Uning gipertrofiyasi farqli o'laroq faringeal bodomsimon yallig'lanish jarayonida neytrofillar soni periferik qon ortishi va limfotsitlar kamaytirish, yopishish va migratsiya, sredemolekulyar peptidlar va zardobida malon dialdehid mazmunini oshirish, ularning qobiliyatini kamaytirish bor

Surunkali adenoiditdagi faringeal Amigdala limfoid to'qimalarining immunomorfologik xususiyatlari T-limfotsitlarning yuqori nisbiy tarkibi, shu jumladan Tsub, shuningdek, ushbu jarayonda b-limfotsitlar subpopulyatsiyasining erta va kech faollashuv bosqichlarida bo'lgan t-xujayralari b-2 hujayralarining yuqori miqdori bilan ajralib turadi, shuningdek b-limfotsitlar, ifoda 11 sinfidagi mononukleosakkarid antijenlari faringeal bodomsimon gipertrofiyada B-1-limfotsitlarning ko'payishi kuzatiladi, bu esa etarli infeksiyaga qarshi himoya ($p < 0,05$)

Surunkali adenoiditni davolashning samarali usuli lazer terapiyasi va nasofaringeal aspiratsiyani Miramistin eritmasi bilan yuvishni o'z ichiga olgan kompleks usuldir

Faringeal bodomsimon 11 hiperplaziyasi bilan Nazofarenksin Lenfoid to'qimasida suyuq azot bilan kriyovozdejiya bilan davolash usulini qo'llash mumkin (uning samaradorligi bolalarning 90% da olinadi)

Xulosa. Bolalarda faringeal bodomsimon lezyonning yallig'lanish yoki yallig'lanishsiz xususiyatini hisobga olgan holda organlarni himoya qilish usullarini tayinlash uchun differentsial yondashuv taklif etiladi.

Adenoidlarni faringeal bodomsimonlarga kriyovozdejiya bilan davolash usuli ishlab chiqildi va sinovdan o'tkazildi.

Surunkali adenoiditni davolashning murakkab usulini, shu jumladan lazer terapiyasini va nasofaringeal aspiratsiyasini Miramistin eritmasi bilan yuvish uchun mo'ljallangan sxema taklif etiladi.

Faringeal Amigdala gipertrofiyasi va surunkali adenoiditni davolash samaradorligi uchun qo'shimcha mezonlar taklif etildi.

SURGICAL TREATMENT OF HYPERTROPHY OF THE
NASOPHARYNGEAL TONSIL

Husanov Sh.R.

*Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Adenoid vegetations - pathological hypertrophy of the pharyngeal (nasopharyngeal) amygdala (vegetatio adenoids), usually occurs at the age of 3 to 14 years. During puberty, after the age of 14, the pharyngeal tonsil decreases; in adults, hypertrophy of the pharyngeal tonsil is rare.

According to the literature, adenoids are observed equally often from (3 to 45%) both girls and boys.

There are several concepts of surgical treatment of hypertrophy of the pharyngeal tonsil. Each of them has its advantages and disadvantages. The doctor needs to be well-versed in modern methods of adenotomies, individually approach the formation of a treatment plan for each patient to prevent surgical complications and relapses of the disease.

Hypertrophy of the pharyngeal tonsil (adenoids) is the most common disease of childhood. In the first years of life (preschool and early school periods), pathological changes in adenoid vegetations occupy a leading position among diseases of the ENT organs in children. There is a clear tendency to the growth of this pathology.

The purpose of the study. To establish significant, controlled pathogenesis factors of various forms of tonsillar hypertrophy of the lymphoid pharyngeal ring and lymphoid hypertrophy in children of early and preschool age associated with the constitutional features of local and systemic immune regulation and microecology of the pharyngeal biotope of children and their mothers.

Materials and methods of research. We selected and examined 67 children with nasopharyngeal hypertrophy to perform this task.

The results of the study. A comprehensive approach to the assessment of innate immunity of the nasal mucosa in children has been developed, based on the determination of the expression of genes of the innate immunity recognition receptors TI2, TY14, TI9, antimicrobial peptides (HB01, HVE2, NYR1) and cytokines (TNF, IL-18, IL-10) that provide immune protection. Indicators of innate immunity of the nasal mucosa of healthy children do not differ from those of patients with hypertrophy of adenoid vegetations who are shown conservative treatment.

An imbalance was revealed in the mechanisms of protection of the nasal mucosa in children who were shown an adenotomy under endoscopic control: a sharp increase in the expression of genes of recognizing receptors T1L2, TYA4 is combined with a reduced expression of genes of effector molecules of antimicrobial peptides. The revealed imbalance may be one of the causes of hypertrophy of lymphoid tissue.

Determination of innate immunity indicators from biological material (scrapings) obtained from the nasal mucosa is an accessible and non-invasive method reflecting the state of innate defense mechanisms at the level of the lymphoid tissue of the nasopharynx.

In children with recurrent adenoid vegetations, the expression of the TNF and IL-18 gene is determined in 100% of cases, and only in 50% of cases the anti-inflammatory cytokine IL-10 is expressed. These indicators can serve as one of the prognostic criteria for the development of recurrence of adenoid vegetations.

The algorithm of personalized immunotherapy in the complex treatment of hypertrophy of adenoid vegetations in children, based on the use of autologous regulatory immunopeptides in the form of nasal drops, has been developed. The clinical effectiveness of the method is shown, manifested in a decrease in the frequency of acute otitis media and prevention of acute respiratory viral infections within 6 months after treatment.

Conclusion. Thus, there are several concepts of surgical treatment of hypertrophy of the pharyngeal tonsil. Each of them has its advantages and disadvantages. The doctor needs to be well-versed in modern methods of adenotomies, individually approach the formation of a treatment plan for each patient to prevent surgical complications and relapses of the disease.

Based on the results obtained, a differentiated approach to surgical and conservative treatment of children of early and preschool age with hypertrophy of the tonsils of the lymphoid pharyngeal ring, with recurrent acute respiratory infections and with manifestations of allergies is justified.

Genetic, bacteriological and immunological studies have confirmed the validity of dividing the hypertrophy of the tonsils of the lymphoid pharyngeal ring into three clinical variants associated with the severity of the lymphoproliferative syndrome of immune insufficiency.

XOMILADORLIK VA VARIKOZ XASTALIGI

*Ikramova F.D., Salahidinov.S.Z., Muhammadjonova.M.M., Zaynobiddinova.D.S.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Muammoning dolzarbligi: Homiladorlik davrida va tug'ruq jarayonida vena tomirlarining varikoz kengayishi ko'plab ayollar duch keladigan, keng tarqalgan dolzarb muammodir. O'z-o'zidan bu kasallik qon tomirlarining kengayishi va qon oqimining sekinlashishi bilan tavsiflanadi: qon massasining ko'payishi ta'sirida tomirlar tonusi pasayadi va cho'zila boshlaydi.

Tadqiqot maqsadi. Homiladorlik davrining oyoq teri osti venalari varikoz xastaligi rivojlanishiga ta'sirini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. 2017-2022 yillarda Andijon Davlat Tibbiyot Instituti 2-jarrohlik bo'limida davolangan teri osti yuza venalarining varikoz kengayishi bilan og'rikan 65 nafar (100%) ayollar o'rtasida so'rov o'tkazildi. 20 yoshdan 70 yoshgacha (o'rtacha yosh 47,8 yosh). Kasallikning davomiyligi 3 yildan 30 yilgacha bo'lgan. Barcha bemorlar homiladorlik davrida yoki tug'ruqdan keyin kasallikning rivojlanganini tasdiqladilar. Ushbu xastalik etiologiyasida ko'pchilikda homiladorlikdan tashqari, irsiyat, gormonal o'zgarishlar va jismoniy mehnat asosiy o'rinni egallaydi. Tekshiruv anamnez, ob'ektiv ma'lumotlar va qo'shimcha tekshirish usullarini hisobga olgan holda maxsus ishlab chiqilgan anketalar bo'yicha o'tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Oyoq teri osti venalarining varikoz xastaligi bilan og'rikan bemorlarning anamnez materiallarini tahlil qilib, homiladorlik davrida kasallikning etiologik omili sifatida irsiy moyillik 31 nafar (47,6%) bemorda sodir bo'lganligi aniqlandi; 17 bemorda gormonal o'zgarishlar (26.1%); jismoniy mehnat (statik yuk) 8 bemor (12.3%); sof homiladorlik tufayli kelib chiqqan varikoz kengayish 9 bemorda (13,8%) sodir bo'ldi. 35 nafar bemor (53.8 %) uzoq vaqt turish va o'tirishni cheklash, qattiq belbog'larni taqishdan bosh tortish, suyuqlikni iste'mol qilishni cheklash, keng ichki kiyim va past poshnali poyabzal kiyish, oyoqlarning elastik bandajini taqish kabi operatsiyadan keyingi profilaktik chora tadbirlarni to'liq amalga oshirdi. Operatsiyadan keyingi 8-35 yil oralig'ida 14 (23,7%) bemorda kasallikning qaytalanishi kuzatildi. Varikoz xastaligi profilaktikasidan o'tgan barcha bemorlarda jarrohlik davolash yaxshi natija berdi.

Xulosa. 1.Oyoq venalari varikoz xastaligi rivojlanish ehtimoli yuqori bo'lgan ya'ni irsiy moyillik, gormonal buzilishga ega bo'lgan va doimiy og'ir mehnat bilan shug'ullanuvchi ayollar homiladorlik davrida 2-3 oydan boshlab, profilaktik chora tadbirlarga e'tiborli bo'lishi lozim.

2. Oyoq venalarining varikoz xastaligini oldini olish har bir keyingi homiladorlik uchun amalga oshirilishi kerak.

ON THE ISSUE OF SURGICAL METHODS FOR THE TREATMENT OF
DISLOCATION SYNDROME IN SUPRATENTORIAL BRAIN TUMORS.

*Isakov B.M., Khakimov M.N., Isakov K.B., Baratov Sh.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Neuro-oncology is one of the most complex areas of modern neurosurgery. Among all neoplasms of the human body, brain tumors range from 1.6% to 2.5%. Among brain tumors, glial tumors of the large hemispheres range from 37.3% to 56.5% [1]. By localization, tumors of the frontal lobe – 19.7%, temporal lobe - 21.1%, parietal lobe - 9.3% and cerebellar tumors - 15.1%, brain stem tumors - 2% of cases.

Treatment of glial brain tumors is one of the most difficult problems not only in modern neurosurgery, but also a social problem. This is due to the fact that this pathology occurs most often at a young, able-bodied age - from 20 to 45 years. The choice of therapeutic tactics for brain tumors of various histological structures is considered quite difficult [3]. The choice of therapeutic tactics, method and method of surgical intervention predetermine the biological properties of the tumor. The choice of the method and method of surgical intervention, the postoperative state is also influenced by the stage of the clinical course of the tumor process [2]. In order to improve the results of surgical treatment, scientists have developed combined methods of treatment, including chemo- and radiation therapy [4]. Despite this, the postoperative mortality of patients with brain tumors remains high and amounts to 2.7 - 11% of cases. Postoperative survival of patients ranges from 1 to 5 years [1].

The aim of the study is to improve the results of differentiated surgical treatment of patients with dislocation syndrome in brain tumors.

Material and methods of research.

A retrospective analysis of the results of surgical treatment of 43 patients with brain tumors who were in the neurosurgical department of the Andijan branch of the RNCEMP from 2014 to 2018 was carried out. The age of patients is from 20 to 60 years. In the distribution by gender: men - 14 and women – 29 patients.

In the preoperative period, all patients underwent clinical neurological and instrumental research methods. In all the examined patients, general cerebral symptoms and signs of damage to the corresponding hemispheres of the brain were revealed by the type of hemisymptomatics.

According to the stage of the disease in the compensated state - 29 patients, subcompensation - 10 and decompensation – 4 patients.

MSCT and MRI studies of the brain were performed, which made it possible to accurately determine the localization, size, depth and relationship of the tumor with the surrounding brain tissues before the operation. Also, in 11 cases, signs of brain dislocation were revealed.

Based on the obtained research data, an operation plan was drawn up before the operation, taking into account the stage of the disease and the degree of dislocation of the brain:

1. Bone-plastic trepanation of the skull, total /subtotal removal of the tumor (compensated stage of the disease) - 29 patients.
2. Decompressive bone resection trepanation of the skull, total/subtotal removal of the tumor (subcompensation stage) - 10 patients.
3. Decompressive bone resection trepanation of the skull (decompensated stage) – 4 patients.

Results and their discussion.

When patients were admitted to the hospital in a compensated stage and without signs of brain dislocation, total removal of the hemispheric tumor was performed in 23 patients, subtotal removal in 6 patients. In patients admitted at the stage of subcompensation and with the presence of initial signs of brain dislocation, all 9 patients were treated. In patients at the

stage of decompensation and the presence of gross signs of dislocation and infringement of the trunk, only decompressive trepanation of the skull was performed. The purpose of the operation in this case was to eliminate the signs of brain injury.

The results of the surgical treatment showed that the degree of compensation has a significant impact on the outcome of the operation and on the further quality of life of patients. In patients of group 1 operated at the compensation stage, regression of neurological symptoms was observed in 78% of patients, the postoperative period proceeded without complications.

In group 2 patients admitted at the subcompensation stage, good and satisfactory clinical results were registered in 63% of patients.

In patients operated at the stage of decompensation with pronounced signs of brain dislocation, a satisfactory result was noted only in 1 (25%) patient, the remaining 3 patients had a fatal outcome.

Conclusions.

1. Based on the conducted research and treatment of patients, it can be concluded that obtaining good and satisfactory results depends on the time of treatment and the stage of the disease.

2. Localization, size and degree of tumor growth have a significant impact on the severity of cerebral, focal symptoms and brain dislocation.

COVID-19 AND IRON DEFICIENCY ANEMIA: THE RELATIONSHIP BETWEEN PREVENTION AND THERAPY

Jalolov I.A., Khakimov N.S.

*Faculty of the Department of Advanced Training and Retraining of Doctors, Medical
Radiology and Clinical Laboratory Diagnostics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Anemia is a clinical and hematological syndrome characterized by a decrease in the number of red blood cells and hemoglobin in the blood. A decrease in the hemoglobin content to less than 120 g/l is considered as anemia [Aapro, 2008]. A wide variety of physiological and pathological processes can serve as the basis for the development of anemic conditions, and therefore anemia in most cases is considered as a symptom, and not as the underlying disease. Anemia is observed in many therapeutic, surgical, oncological and other diseases.

There are iron deficiency, sideroachrestic (with an excess of iron), B12- and folic deficiency, hemolytic, anemia with bone marrow insufficiency, posthemorrhagic, anemia associated with the redistribution of iron, combined anemia. However, 80% of all anemia is associated with iron deficiency. Iron in the human body participates in the regulation of metabolism, in the processes of oxygen transfer, in tissue respiration and has a huge impact on the state of immunological resistance.

The purpose of the study. The aim is to study the treatment and prevention of anemia in the context of the COVID-19 pandemic.

Materials and methods of research. To fulfill this task, we selected 56 patients with COVID -19 diagnosis and a history of anemia, and conducted clinical studies on them.

The results of the study. Hematological factors associated with hospitalization and the severity of COVID-19 were studied in a multinational cohort (n = 689). Not only chronic comorbid pathologies (diabetes, hypercholesterolemia, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, chronic kidney disease, osteoarthritis), but also hematological disorders such as anemia, blood clotting disorders and thrombocytopenia were associated with an increased risk of severe course of the disease.

Anemia against the background of viral pneumonia can turn into a chronic form and even go into a decompensation phase (due to increased oxygen demand, fever, hemoptysis,

decreased oxygen supply to tissues). Respiratory distress syndrome is characteristic of both the early symptoms of decompensation of anemia and the severe clinical course of viral pneumonia: in both cases, there is rapid breathing with inflating of the wings of the nose, intercostal and supraorbital sinking of the skin, a feeling of lack of air, forced sitting, reclining, sharp pallor.

If a pregnant woman with initially normal blood counts develops anemia against the background of a coronavirus infection, then its pathogenesis is closely associated not only with a high level of inflammation and accelerated death of red blood cells, but also with a deficiency of a number of trace elements. For example, against the background of insufficient intake of vitamin B12 in COVID-19, manifestations of pernicious anemia significantly increase [25]. Respiratory infections stimulate a decrease in folate concentration (normally the concentration in erythrocytes should be in the range of 166-640 ng/ml), which contributes to microcytosis and mega-lobular anemia.

Increased ESR in respiratory viral infections, including COVID-19, indicates a decrease in the viability of red blood cells. An increase in the blood of proteins of the acute phase of inflammation (CRP, ferritin, etc.) in COVID-19 leads to changes in membranes that reduce the repulsion force between red blood cells and accelerate their adhesion. Therefore, the degree of increased ESR correlates with the severity of the course of respiratory viral pneumonia and is one of the predictors of severe infection. ESR can increase as early as a day after the onset of the infectious inflammatory process and decreases quite slowly, within 2-4 weeks.

Conclusion. Thus, according to available studies, with COVID-19, there is no iron overload at all, but an increase in the level of the acute phase protein - ferritin. Moreover, the available data suggest that iron deficiency is more likely to be expected against the background of COVID-19. Therefore, the presence of signs of IDA in a pregnant woman suffering from COVID-19 is an indication for prescribing iron preparations or continuing taking already prescribed medications.

PREVENTION OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES AFTER LUNG SURGERY

*Khabibullaev A.P., Pakirdinov A.S., Suyunov D.M.
Andijan State Medical Institute
Andijan Regional Multidisciplinary Medical Center*

Relevance. Expansion of indications for lung operations and artificial lung ventilation (ALV), improvement of the technology of operations and methodology of invasive respiratory support significantly improved the results of postoperative complications in many critical conditions. Despite these advances, the risk of early ventilator-associated pneumonia, erosive-purulent endobronchitis, bronchial obstruction with sputum or purulent plug, which often lead to lung atelectasis, remains relevant.

Inflammatory changes in the mucous membrane and underlying layers of the bronchus can cause pronounced organic and functional changes, and in some cases to the death of the patient.

Of particular importance in the modern treatment of respiratory diseases is the widespread use of aerosol therapy, which is associated with the possibility of rapid delivery of drugs to the respiratory tract, high local activity of inhalants, non-invasiveness with a decrease in systemic side effects.

Nebulizer therapy is a type of modern inhalation treatment based on the use of aerosols of medicinal substances obtained by the so-called "cold way".

With the help of nebulizer therapy, it is possible to effectively deliver drugs to the "locus morbi" in normal and high doses. Proper use of nebulizer therapy allows not only

treatment, but also prevention of respiratory diseases accompanied by obstruction. The search for effective means for the prevention and treatment of purulent-inflammatory lung diseases in patients operated on the lungs remains an urgent problem.

Materials and research methods. The results of the examination and treatment of 57 patients who underwent surgical treatment on the lungs for the period 2018-2020 were studied. The patients were divided into two groups: the first group included patients who received nebulizer therapy (27 patients), the control group included patients treated without the use of nebulizer therapy (30 patients). The average age of the patients was 34.4-15.4 years.

All patients in the main group on IPV underwent nebulizer therapy containing antibacterial drugs, bronchodilators and mucolytics.

Nebulizer therapy in this group of patients was started in the operating room during ETN or immediately after the transfer of the patient to the intensive care unit, and continued for 3-5 days, depending on the patient's condition. The early postoperative period in the main group proceeded without any special anesthetic complications. Sanitation of the bronchial tree was performed, if necessary, through an endotracheal tube before extubation. Early restoration of bronchial drainage allowed these patients to expand the remaining lung on the control X-ray. The temperature returned to normal on the 2nd-3rd day after the operation, the drainage tubes were removed on the 3rd-4th day after the operation. All patients were discharged in a satisfactory condition from the hospital.

Results. In the control group in the early postoperative period in 12 patients, PO₂-decreased to 85-80%, which was associated with obstruction of the bronchial tree with a purulent plug or sputum. In this connection, in these patients, fibrobronchoscopy sanitation (FBS) of the bronchial tree was applied and the patients were on mechanical ventilation for up to 10-15 hours. In 3 patients with FBS, sanitation was carried out more than 5-7 times. FBS sanitation continued in 2 patients due to atelectasis of the remaining lung lobe after extubation. On the control X-ray in 2 patients, there was a residual cavity of communication, for which these patients were discharged with a drainage tube.

Findings. Thus, the inclusion in the complex of postoperative prevention and treatment of purulent-inflammatory lung diseases in patients operated on the lungs, at the stage of mechanical ventilation in the form of nebulizer therapy, makes it possible to reduce the frequency of specific bronchopulmonary complications, improve the clinical condition of patients, and shorten the recovery time.

COMPLICATIONS OF ACUTE APPENDICITIS AND APPENDECTOMY

Kilichev M.R.

*Department of Elective and General Surgery
Andijan State Medical Institute*

Introduction. In particular, the task was to study the relationship between the diagnosis of the disease and its prescription, the presence of complications, the age of the patient and the number of bed days spent. At the same time, dependencies were considered both for individual pairs of used features and for their aggregates. These studies were performed taking into account the gender of the patients.

The purpose of the study. The aim of the work was to study the nature of complications that occur in patients with acute appendicitis and after appendectomy, and to analyze the interrelationships of the characteristics of this process.

Materials and methods of research. We conducted an analysis of the annual work of the surgical department at the ASMI clinic.

The case histories of 156 patients were analyzed, of which 73 were men (46.8%) and 83 were women (53.2%).

The results of the study. The results of the correlation analysis are presented in the form of graphical dependencies - correlation ellipses, and in the form of estimates of Spearman correlation coefficients (16,17). Below on the right in Fig.2 is a correlation ellipse for a pair of quantitative features. This correlation ellipse clearly shows a positive correlation between the number of complications and the number of bed days spent by patients in the hospital. With an increase in the number of complications and, accordingly, bed days, there is a transition from groups without complications to groups with one complication and then to groups with several complications. The value of the Spearman correlation coefficient for this pair of features, calculated from a sample of observations of 156 people, turned out to be 0.52 with the achieved significance level $P = 0.0001$. This value of the Spearman correlation coefficient indicates the presence of a sufficiently high relationship between the number of complications and the number of bed days spent by the patient in the hospital.

Such an indicator as the number of bed days spent in the hospital, as we can see, depends on three variables. However, it is of interest to consider the same problem in separate groups according to the duration of the disease: up to 6 hours; 7-24 hours; more than 24 hours. The results obtained for these three groups are shown below. For patients with diseases up to 6 hours old, the number of hospital bed days positively correlates only with the number of complications.

Conclusions. The maximum occurrence of the disease occurs in the age group of 20-28 years. With increasing age and prescription of the disease, destructive forms of acute appendicitis begin to dominate. The distributions of all quantitative features are asymmetric, abnormal. There is a strong positive correlation between bed days and the number of complications. With an increase in the prescription of the disease, there is also a positive correlation between bed days and age.

THE USE OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN DUODENAL ULCER

Kilichev M.R.

*Department of Elective and General Surgery
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Gastric ulcer is a chronic disease, the essence of which is a recurrent stomach ulcer or duodenal ulcer, usually against the background of gastritis caused by infection with *Helicobacter pylori* (*Helicobacter pylori*). 8-10% of the population suffers from this disease. Duodenal ulcers are 4 times more common than stomach ulcers. Among patients with duodenal ulcers, men significantly predominate over women, whereas among patients with stomach ulcers, the ratio of men and women is the same.

The purpose of the study. to evaluate the experience gained in the clinic of the use of MIV in the treatment of complications of duodenal ulcer.

Materials and methods of the study. From 2021 to 2022, MIV was undertaken in 158 and successfully performed in 55 patients with complications of IBD (m-35, w-20; aged 18 to 59 years, average age 36.4+4.7 years).

The results of the study. 7 patients had to switch to an open method of surgery. The conversion was caused by: eruption of sutures on a sutured ulcer with periulcerous infiltrate (11), diffuse bleeding from paraesophageal tissue (12), damage to the anterior wall of the esophagus (17), damage to the stomach wall (4), loss of a needle in the abdominal cavity (6), difficulties in identifying the posterior trunk of the vagus (5). Another complication - rupture of the spleen capsule with bleeding was eliminated by laparoscopic electrocoagulation. Almost all complications were noted during emergency interventions for a perforated ulcer.

In the early postoperative period, there were 3 complications: a subdiaphragmatic abscess, successfully cured by drainage under ultrasound control (1); the development of coagulation necrosis of the abdominal esophageal wall (1) and perforation of an acute ulcer of

the cecum dome (1), laparotomies were performed with recovery. There was one fatal outcome per 151 MIV (0.7%).

Conclusion. The use of organ-preserving operations with vagotomy in a minimally invasive variant and laparoscopic suturing provides a favorable course of the immediate and immediate postoperative period, demonstrating low traumatism, early rehabilitation of patients, and good long-term results, confirming the pathophysiological validity of operations. For a final judgment, longer observations of patients in the long-term postoperative period are needed.

SUYAK SINISHLARINI DAVOLASH MUAMMOLARI, TIRSAK BOGIM SOHASIDA.

*Kosimxojiev M.I., Kurbanova D.I. Sodikova D.I., Kosimxojiev F.T.
Andijon davlat tibbiyot instituti,
Andijon, O'zbekiston*

Kirish: Tirsak bo'g'imi anatomik va funktsional jihatdan juda murakkab. U uchta bo'g'imdan iborat: bitta kapsulaga o'ralgan brakioradial, brakio-ulnar va proksimal radioular bo'g'inlari. Yelka bo'g'imida bilakning egilishi va cho'zilishi sodir bo'ladi. Yelka bo'g'imida radiusning o'z o'qi atrofida egilishi, kengayishi va aylanishi sodir bo'ladi.

Proksimal radioular qo'shimchasida radial suyak aylanadi, bu bilakning pronatsiyasi va supinatsiyasini ta'minlaydi. Tirsak bo'g'imining barcha funktsiyalarida bu bo'g'inni o'rab turgan yaxshi shakllangan ligament-mushak apparati muhim rol o'ynaydi. Bu bo'g'imning murakkabligi tufayli, tirsak qo'shimchasini tashkil etuvchi suyaklarning sinishlarini davolash muayyan qiyinchiliklarga ega va davolanish vaqtida yuzaga keladigan muammolar haligacha dolzarbdir.

Maqsad. Bu ishning maqsadi - tirsak qo'shma qismini tashkil etuvchi suyaklar sinishlarini davolash natijalarini o'rganish, bunday yoriqlarni davolashda yuzaga keladigan muammolar va asoratlarni tahlil qilish.

Materiallar va uslublar. Bu muammoni o'rganish uchun materiallar va usullar - Andijon viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazining travmatologiya bo'limiga 2018 yildan 2021 yil avgustgacha murojaat qilgan bemorlar. Bu davrda ushbu patologiyasi bo'lgan bemorlar travma bo'limiga murojaat qilishdi. Bolalar - 24, erkaklar - 46, ayollar - 34. Suyaklararo sinish va syak bolagi siljimagan hollarda kasallangan bemorlarni biz kuzatdik. U yoshiga qarab gipsli immobilizatsiyadan kilindi. Ulardan ba'zilar suyak bo'laklarini repozitsiya kilindi va 92% gacha bo'lgan bolalarda umumiy behushlik ostida, so'ngra immobilizatsiya qilingan. Tekshiruv rentgenogrammasidan so'ng, bemorlarda bo'laklarning qoniqarsiz holati aniqlandi, bu holatlarning takror kamayishiga sabab bo'lgan va hollarda Ilizarov apparati qo'yilishi yoki ochiq repozitsiya shaklida jarrohlik davolash amalga oshirilgan. turli fiksatorlar yordamida osteosintez. Tirsak bo'g'imining bo'laklari siljishi bilan suyak sinishi uchun davolashning konservativ usulining afzalliklarini kamaytirmasdan, biz baribir jarrohlik davolash usulini afzal ko'ramiz. Darhaqiqat, qayta joylashtirish paytida, operatsiyali davolash usuli bilan yo'q qilingan har xil joy almashinuvlari saqlanib qoldi. Boshqaruv rentgenografiyasida birlamchi yoki takroriy qisqarishdan keyin suyak bo'laklarining rotatsion siljishi tez -tez kuzatiladi, agar Ilizarov apparati qo'llanilsa, uni yo'q qilish mumkin. Ba'zi hollarda bemorlar oyoq -qo'llariga qattiq bintlar qo'yilgan "tabiblar" ga murojaat qilganlaridan keyin qabul qilingan. Bu, o'z navbatida, shishning ko'payishiga, qon aylanishining buzilishiga olib keldi va 3 holatda Volkmann ishemik kontrakturasining rivojlanishiga sabab bo'ldi. Bunday hollarda, shish kamayib, qon aylanishi kompensatsiyalanganidan keyin jarrohlik aralashuvlar amalga oshirildi, Volkmann kontrakturasi bo'lgan hollarda esa angiojarrohlar bilan birgalikda darhol yordam ko'rsatildi. Radial boshning sinishi va olekranonning sinishi holatlarida an'anaviy usullar bilan terapevtik

choralar ko‘rilgan. Keyinchalik, tirsak bo‘g‘imidagi kontraktura ko‘pincha varus deformatsiyasi holatlarida bo‘laklarni siljishi bilan singanlarni konservativ davolashda rivojlanadi.

MINIMALLY INVASIVE METHODS OF INTERVENTION IN THE COMPLEX TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE

Kurbanov H.A.

*Department of Faculty and Hospital Surgery
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Currently, thanks to a two-stage treatment method using minimally invasive technologies, the surgical formation of biliodigestive anastomoses is accompanied by a complication rate of no more than 30%, a mortality rate of 2.5-3.7%.

The elimination of the leading pathogenetic factor of the underlying disease complicated by mechanical jaundice - increased intravesical and intra-flow pressure - allows to stop the clinical and inflammatory manifestations of the disease, prepare the patient and perform the second, main stage of surgical treatment in a relatively safe period when, during a planned operation, they try to eliminate the cause that caused mechanical jaundice.

The aim of the study is to improve the immediate results of treatment of patients with mechanical jaundice syndrome by optimizing the complex application of minimally invasive interventions.

Materials and methods of research. To solve these tasks, a retro- and prospective analysis of diagnostic and therapeutic manipulations was performed in 128 patients hospitalized with mechanical jaundice syndrome of various etiologies, on the basis of which an algorithm for diagnosis and treatment using minimally invasive methods was developed.

To conduct the study, depending on the methods of diagnosis and treatment used, we formed 2 groups of patients, standardized by age and gender, the main (n = 98) and comparison (n = 30)

The results of a clinical study. Analyzing the data on the use of ultrasound in the diagnosis of mechanical jaundice in both groups, the sensitivity of the method was 90.0 - 96.94%, which coincides with the data of other authors.

In the main group (n = 98), ERCP was performed in 76 (77.55%) In general, the cause of biliary tract obstruction was identified in 67 (88.16%) Based on the data obtained, the diagnostic accuracy of ERCP in patients with non-tumor lesions of the biliary tract reached 95.08%, and with a tumor lesion, its decrease was noted to 66.66%

At the next stage, EPST (n = 44) was performed, and if it was impossible, ESPHDA (n = 4) was performed After that, in 44 cases (91.7%) there was a significant improvement in the condition of patients, as well as relief of symptoms of mechanical jaundice.

In the main group of patients (n=98) percutaneous therapeutic and diagnostic interventions were performed in 49 patients.

The indication for percutaneous transhepatic cholangiography in our study was primarily considered technical impossibility, unformativity and the presence of contraindications for retrograde contrast of the biliary system.

Hepaticocholedoch contrast in HCG was achieved in all 49 patients, HCG was performed in isolation in 4 patients, in the rest it was the first stage of external drainage of the biliary system Based on the data obtained, the diagnostic accuracy of HCG, regardless of pathogenesis, reaches 100%.

The level of obstruction was established in all 49 patients, which, together with the previously performed EFGDS and ERCP, made it possible to accurately determine the scale of the tumor lesion, and helped to determine the volume of surgical intervention preoperatively.

In the main group, the total bed-day in the group of patients with jaundice of non—tumor genesis averaged 16.17 ± 0.83 days ($a = 6.57$), whereas in the subgroup of patients with jaundice of tumor genesis - 34.47 ± 2.47 days ($a = 13.52$) In the comparison group, the total bed-day in the subgroup with jaundice of non-tumor genesis in the average was 31.84 ± 2.56 days ($a = 11.16$), and in the subgroup with jaundice of tumor genesis - 47.18 ± 2.72 days ($a = 9.02$) Based on the data obtained, it can be said that the indicators of the total bed-day in patients from the subgroup with jaundice of non-tumor ($p < 0.05$) and tumor genesis ($p < 0.05$) are statistically different.

In the main group, the postoperative bed-day in the group of patients with jaundice of non-tumor genesis averaged 10.78 ± 0.52 days ($a = 3.67$), whereas in the subgroup of patients with jaundice of tumor genesis - 17.33 ± 1.03 days ($a = 5.90$) In the comparison group, the postoperative bed-day in the subgroup with jaundice of non-tumor genesis in the average was 18.32 ± 1.22 days ($a = 5.31$), and in the subgroup with jaundice of tumor genesis - 24.70 ± 2.15 days ($a = 6.80$)

Based on the data obtained, we can say that the indicators of the postoperative bed-day in patients from the subgroup with jaundice of non-tumor ($T = 0.01$, $p < 0.05$) and tumor genesis ($T = 0.007$, $p < 0.01$) are statistically different.

Conclusion. In case of mechanical jaundice of non-tumor genesis, the most effective methods of diagnosis and treatment are transpapillary endoscopic interventions, and in case of mechanical jaundice of tumor genesis - percutaneous techniques.

The use of minimally invasive techniques can significantly reduce the number of complications in patients with mechanical jaundice (in the main group, patients with jaundice of non-tumor and tumor genesis amounted to 9.52% and 14.29%, and in the comparison group 15.79% and 36.36%, respectively).

An integrated approach to the diagnosis and treatment of mechanical jaundice with the use of minimally invasive technologies allows to improve the quality of treatment and immediate results, reduce the time of hospitalization (in the main group, the total bed-day in patients with jaundice of non-tumor and tumor genesis was 16.17 ± 0.83 and 34.47 ± 2.47 , and in the comparison group 31.84 ± 2.56 and 47.18 ± 2.72 , respectively).

MODERN METHODS OF DECOMPRESSION OF THE BILIARY SYSTEM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME

Kurbanov H.A.

*Department of Faculty and Hospital Surgery
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The development of destructive changes in the liver with cholestasis of a mechanical nature is associated with a violation of the circulation of bile acids, toxic effects on hepatocytes of the components of bile stagnation and their penetration into the general bloodstream, which causes inhibition of tissue respiration, destruction of lipid membranes of cells and subcellular structures and the occurrence of destruction of liver cells. People suffering from mechanical jaundice (MJ) should be referred to the group of patients with acute surgical diseases. However, in conditions of biliary tract obstruction, cholangitis and liver failure, emergency surgical treatment is risky, accompanied by a large number of complications, and mortality reaches 10-34.4%, which is 4 times higher than in cases when mechanical jaundice can be eliminated before surgery.

The aim of the study is to evaluate the effectiveness of decompression methods in the treatment of patients with CSF to determine the algorithm of therapeutic tactics in this category of patients.

Materials and methods of research. Examination revealed GI, choledocholithiasis in 161 (41.4%) patients, pancreatic head cancer in 80 (20.6%), acute pancreatitis, edematous

form in 31 (8%), PES, choledocholithiasis in 27 (7%), liver gate tumor in 16 (4.1%), in 12 (3.1%) — benign strictures of choledochus on the background of GI, acute calculous cholecystitis; strictures of choledochus on the background of PES, strictures of biliodigestive anastomosis, strictures of choledochus on the background of asymptomatic cholecystolithiasis and acute cholangitis — in 8 (2%); papilla Vateri stenosis, metastatic liver damage and gallbladder stump stone — in 6 (1.5%) patients. There were 276 women (71%), 113 men (29%). More than 60% of patients were over 60 years old. 976 different instrumental studies (an average of 5.8 studies per patient) were performed to diagnose MJ, concomitant diseases and assess the degree of decompensation of various organs and systems.

The results of a clinical study. Specific manifestations for the syndrome of mechanical jaundice — jaundice of the sclera and skin — were detected in 83% of patients, darkening of urine and fecal aholia — in 40%, pain and a feeling of heaviness in the right hypochondrium and in the upper half of the abdomen — in 87%, dyspeptic syndrome was detected in 61% (nausea, dryness or bitterness in the mouth, heartburn, belching, decreased appetite, change in the nature of the stool). Skin itching with characteristic scratching on the body was observed in 19% of patients, and an increase in body temperature — in 13%. The diagnostic program included traditional laboratory examination, ultrasound examination, computed tomography, endoscopic retrograde pancreatocholangiography (RPHG), percutaneous-transhepatic cholangiography.

Diagnostic methods made it possible to identify the cause of the obstruction of the gallbladder, the level and degree of occlusion, with a tumor lesion — the stage of the process (distant metastases, invasion of vascular structures).

Conclusion. Mechanical jaundice requires clarification of the causes of its development. A comprehensive examination of a patient with CSF by these methods makes it possible to make an accurate diagnosis of pathology, determine differential treatment tactics for patients and provide reasoned indications for endoscopic and surgical treatment of patients in order to eliminate the cause of mechanical jaundice and restore the passage of bile. In the treatment, it is necessary to use a two-stage tactic. At the first stage, drainage manipulation is performed, which can become a method of choosing surgical intervention. Radical operations or duct stenting are performed after normalization of liver functions.

The choice of the drainage method should be based on the localization of the process, topographic and anatomical features of the biliary system. For tumors of the gallbladder or extra-hepatic bile ducts, the method of choice is percutaneous transhepatic external-internal drainage under the control of ultrasound or X-ray vision. Endoscopic methods are indicated for pathology of the head of the pancreas and the large duodenal papilla. Cholecystostomy or cholangiostomy are applicable in the same situations if endoscopic drainage is technically impossible.

A METHOD OF PLASTICIZING POST-BURN SCAR DEFORMATION OF THE HAND USING INTRAOPERATIVE BALLOON STRETCHING.

*Madazimov Madamin Muminovich, Askhanov Zafarbek Pattakhonovich,
Khabibullaev Asilbek Pattakhon ugli, Askhanova Gulida Bokhodirovna.*

The relevance of the problem: anatomical and functional disorders in burn injury have special features inherent only to it. Unlike mechanical injury in burns, the lesion spreads over a larger area of the human body, and prolonged inflammation of the tissues leads to scarring not only in the burn area, but also far beyond it, which often leads to the development of stiffness and contractures of even unaffected joints of the hand. Primary tissue damage deeper than the skin is infrequent and most contractures of the hand at the beginning have a dermatodesmogenic character. However, even in these cases, when the secondary inflammation of the underlying tissues is insignificant and degenerative-dystrophic changes have not occurred in

them with the outcome of scarring, the elastic properties of the restored skin are sharply reduced. The restored skin undergoes retraction in the first 3 months, its surface shrinks and the area decreases by 30-40%. From the beginning of the 4th month, deretraction begins, the area of the restored skin gradually increases, wrinkles disappear. a year later comes the third period of stabilization, the area of transplants reaches 95% of the original.

Based on the above, the following goals and objectives were set in this work.

The aim of the work is to improve the results of surgical treatment of patients with the consequences of hand burns by developing new methods of operations.

Materials and methods of research. 42 patients with cicatricial deformities of the soft tissues of the hand were operated in the department of reconstructive surgery of the multidisciplinary medical center of the Andijan region. The time from the healing of the burn wound to the operation ranged from 8 months to 12 years. Patients with fresh scars before and after surgery underwent conservative therapy in order to accelerate the "maturation" of the scar. Along with traditional methods of surgical treatment of scar deformities of the hand, the traditional method of plastic surgery with local tissues and the developed method of intraoperative balloon dermatension were used for their treatment. The patients were divided into two groups: the main group of 25 patients and the comparison group of 17.

Results and their discussions. With healthy tissue reserves, local plastic surgery is carried out on both sides. it should be noted that local plastic surgery is not carried out in functionally active zones. Intraoperative balloon dermatension of the back of the hand was performed in 25 (59.5%) of 42 patients. The area of scarring varied from 5 cm² to 10 cm² (on average 7.2± 3.1 cm²).

Surgery technique: with general or local anesthesia, the surgical field is treated with 3x antiseptic solutions of alcohol-povidone-iodine-alcohol, an incision is made between the scars and healthy soft tissues. A healthy skin-fat layer is mobilized from 0.5 to 2.5 cm in an acute and blunt way. Hemostasis. The balloon part of the Foley catheter is implanted into the resulting bed, the wound is temporarily sutured. According to the proposed scheme, intraoperative stretching of soft tissues is performed. Taking into account the available reserve, the scars are partially or completely excised, the resulting wound is closed with intraoperatively stretched soft tissues. The edges of the wound were sutured with subdermal and dermal double-row nodular sutures.

Results in the postoperative period, 2 patients (8%) out of 25 had suppuration, and 1 (4%) had wound divergence. This is due to insufficient outflow of exudate, as well as the failure of the seam. in such cases, the skin sutures are removed. Then conservative treatment was carried out (dressing with povidone-iodine ointment or levomekol ointment), the wound healed a second time.

In the long term, after 6 months to 1.5 years, 3 (12%) of 25 patients had rough scars and postoperative scars expanded. These indicators have reduced the quality of surgical treatment, both cosmetic and functional.

A similar picture was obtained when comparing cosmetic results. **THUS, THE SHARE OF Unsatisfactory results was 14.2% in the main group and 26.7% in the control group.** Accordingly, the share of positive cosmetic results was 85.8% in the main group and only 73.3% in the control group.

Conclusion. Thus, the closest negative result of local plastic surgery is the divergence of the sutures due to insufficient tissue supply in healthy skin-fat flaps, and in the long term - the expansion of the scar. The above data gave impetus to the development of a new method of plastic surgery to eliminate small scar deformities of the hand with the help of intraoperative balloon stretching of healthy nearby tissues, which in the near and long term after surgery gives high treatment efficiency. In the main group, 85.8% of good results in the near term, and in the control group 73.3% and in the long term 82.6% against 79.7% in the control group, good and satisfactory results of both functional and cosmetic nature.

**TIZZA BO‘G‘IMINING OLDINGI XOCHSIMON BOG‘LAMINI “ALL INSIDE”
USULIDA PLASTIKA QILISH**

MAMATKULOV K. M.

XOLXO‘JAYEV F. I.

RAHMONOV Sh.

*Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya – ortopediya
ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand filiali*

Tadqiqot maqsadi: Tizza osti bukuvchi paylari, jumladan, ingichka va yarimpaysimion muskullar va (yoki) uzun peroneal mushak paylari bilan Ultrabutton Smit-Nephew yordamida oldingi xochsimon bog‘lamalarining jarohatlarini “all inside” usulida plastika qilish – barqaror ishonchli kaminvaziv jarrohlik davolash imkonini beradi.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu tadqiqot RITOIATMSFda oldingi xochsimon bog‘lamaning jarohati bo‘lgan 190 bemorlarni davolash tajribasiga asoslangan bo‘lib, unda 2018 va 2020 yillar oralig‘ida ingichka va yarimpaysimion muskullar va (yoki) uzun peroneal mushak paylari bilan Ultrabutton Smit-Nephew yordamida plastika usuli qo‘llanilgan. Bemorlarning yoshi 18 dan 42 yoshgacha. Kasallar orasida erkaklar 170(89,4%), 20 (10,6%) ayollar tashkil qiladi. Barcha bemorlarga ingichka va yarimpaysimion muskullar va (yoki) uzun peroneal mushak paylari bilan Ultrabutton Smit-Nephew yordamida oldingi xochsimon bog‘lamaning “all inside” usulida plastikasi o‘tkazildi. Operatsiyadan oldingi davrda rejalashtirilgan maqsad bemorlarda tizza bo‘g‘imining nostabillik darajasini aniqlash edi. 185 ta bemorda ingichka va yarimpaysimion muskullar paylari yordamida autotendoplastika amalga oshirildi va 5 nafar bemorda esa uzun peroneal mushaklar payi ishlatilgan. Transpantant femoral kanalda Ultra Button Smit-Nephew bilan va tibial kanalda esa biodegradatsiyalanuvchi Smit-Nephew implantlari yordamida fiksatsiya qilingan

Tadqiqot natijalari: Lysholm shkalasi bo‘yicha 190 bemorda o‘rganilgan. Lysholm shkalasi 8 ta belgiga asolanib, 0 balldan 100 balgacha baholanadi: og‘riq yo‘q – 25 ball, bor – 0 ball; nostabillik yo‘q – 25 ball, bor – 0 ball, bloklanishi yo‘q – 15 ball, bor – 0 ball; shish yo‘q – 25 ball, bor – 0 ball; oqsoqlanish yo‘q – 5 ball, bor – 0 ball; zinapoyadan ko‘tarilish bor – 10 ball, yo‘q – 0 ball; o‘tirib-turish bemalol -5 ball, chegaralangan – 0 ball; yordamga muhtojlik yo‘q – 5 ball, bor – 0 ball.

Natijalar: Zo‘r natijalar-71 (37,4%) – 85-90 ball;

Yaxshi natijalar 109 (57,4%) – 65-85 ball;

Qoniqarli natijalar-10 (5,2%) – 65 ballgacha

10 ta (5,2%) bemorda operatsiyadan keyingi 1 yilgacha bo‘lgan davrda tizza bo‘g‘imida discomfort va noqulaylik hissi kam darajada sezilishi saqlanib qolgan, keyinchalik LFK, fizioterapiya muolajalari, xondroprotektorlar kursi va sinovial suyuqlik protektorlarining intraartikulyar inyeksiyasini o‘z ichiga olgan rehabilitatsiya dasturining fonida vaqt o‘tishi bilan yo‘qolgan.

Xulosa. Oldingi xochsimon bog‘lamalarining o‘tkir va surunkali jarohatlarida tizza bo‘g‘imining nostabilligini tiklash uchun tizza osti bukuvchi paylaridan olingan autotransplantanti muvaffaqiyatli ishlatilgan. Bu usul turli xildagi asoratlarni, ayniqsa, tizza bo‘g‘imidagi og‘riqlar va harakatni chegaralanishi kabi asoratlarni profilaktikasining yuqori samarali usuli hisoblanadi. Tizza bo‘g‘imining nostabilligining turli shakllarida jarrohlik davolash usullarini qo‘llash tajribasi

operativ taktikani tanlashga differentsial yondashuv zarurligini ko‘rsatadi. Tizza bo‘g‘imining oldingi nostabilligida tavsiya etilgan “all inside” jarrohlik davolash usullari quyidagilarni ta‘minlaydi:

- birinchidan, intraoperativ asoratlarning minimal xavfi bilan jarrohlik texnikaning nisbatan soddaligi va takrorlanuvchanligi;

- ikkinchidan, tizza bo'g'imining anatomiyasi va funksiyasini maksimal darajada tiklash mumkinligi;
- uchinchidan, fiksatsiyaning ishonchliligi va mustahkamligi bemorlarning jismoniy faoliyatining avvalgi darajasiga eng qisqa vaqt ichida qaytishiga imkon beradi. Tavsiya etilgan usul zamonaviy sharoitda juda dolzarb bo'lib, faol hayot tarzi bilan shug'ullanadigan sportchilar va odamlarda qo'llanilishi kerak.

РЕВМАТИК УВЕИТЛАРНИ ДАВОЛАШДА ИММУНОСУПРЕССАНТЛАР

*Mirzaeva A.M., Mirzaeva R.Z.
Oftalmologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbliigi. Ko'zning membranalarining yallig'lanish kasalliklari etiologik jihatdan yuqumli va yuqumsiz bo'linadi. Hozirgi vaqtda mexanizmning ayrim tarkibiy elementlari ma'lum bo'lib, ko'z ichi yallig'lanishining rivojlanishiga olib keladi. Yuqumli bo'lmagan uveitlarning patogenezida ishonchli ekanligi aniqlandi.

Ko'z to'qimalarining antigenlari, toksinlar va o'ziga xos bo'lmagan moddalar, o'zaro ta'sir qiluvchi antijenler, erkin radikallar, nitrat oksidi, proinflatuar sitokinlar (o'simta nekroz faktor a (FNO-a), interlokinlar (il) 1, 6), kemokinlar, adezyon molekulalari, Ty b-limfotsitlar.

Tadqiqotning maqsadi. Yuqumli bo'lmagan uveit va retinovaskulitning og'ir shakllarini davolashda immunosupressiv preparatlarni qo'llash samaradorligi va xavfsizligini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Kuzatuv ostida 107 dan 9 yilgacha bo'lgan yuqumli bo'lmagan uveit va retinal vaskulyitlarning og'ir kasalliklari bo'lgan 54 bemor bor edi: 62 erkak, 45 ayollar, shu jumladan 19 bolalar.

Tadqiqot natijalari. Uveit turli revmatik kasalliklarda, spondiloartritlarda ko'proq chastotada uchraydi; umumiy kasallikning davomiyligi va faoliyati uveitning rivojlanishi bilan bog'liq emas.

Metotreksat davolash 27 bemorlarda ishlatilgan: surunkali autoimmun uveit, tez-tez spondiloartrit va simpatik oftalmiya bilan ikki tomonlama uveit davriy bilan yura (12 bemor) bilan old uveit surunkali albatta. Yallig'lanish 14 (51,8%) bemorlarda, boshqa hollarda, 1,5 dan 2 x oygacha bo'lgan davrda, prednisolon terapiyaga qo'shildi (10 15mg/kun). Prednisolon bilan birga metotreksatning past dozalari o'tkir uveitli 52 bemorni qabul qildi, ulardan 10 ti metilprednizolon pulsterapi (kurs dozasi 3000mg), qolgan metotreksat esa metotreksatning kechiktirilgan ta'sirini hisobga olgan holda 0,5 mg/kg og'irlikdagi prednisolon bilan birgalikda buyurilgan (1,5 2 oy). Prednisolonning dozasi ilgari tavsiflangan sxema bo'yicha asta-sekin kamaytirildi (7,5 15mg/kun). 52 bemordan 37 (71,1%) Cheno davolash 8 haftasining oxiriga kelib yallig'lanishni to'xtatish. Metotreksatning samarasizligi bilan bemorlar boshqa immunosupressiv preparatlarni — siklofosfan, azatioprin, siklosporinni tanladilar

Prednisolon bilan birgalikda meto tracksat bilan davolanish davomiyligi 8 oydan 3 x yilgacha bo'lgan. Ikki bemorda, o'z-o'zidan ishlaydigan, ammo preparatni to'xtatgan, 1 1,5 oydan so'ng uveitning kuchayishi yanada og'irlashdi va GC (1) pulsterapi va siklosporinga o'tishni talab qildi . Metotreksatning eng EF selektiv usuli yura bilan bog'liq uveit va boshqa revmatik uveit bilan og'rikan bemorlarda topilgan.

Immunosupressiv terapiya og'ir otoimmün kasalliklarni davolashda romatologiyada keng qo'llaniladi. Shuning uchun tizimli kasalliklar bilan bog'liq uveitli ko'plab bemorlar revmatolog tomonidan tavsiya etilgan immunomodulatuar dori-darmonlarni qabul qilishadi. Biroq, non-yuqumli uveit va retinovaskulitlerin 40% haqida bemorning chuqur tekshirish har qanday tizimli kasalliklarni oshkor qilmaydi bo'lgan ko'z idiopatik yallig'lanish jarayonlari, qarang. Bunday holatda, ko'rlikni oldini olish mumkin bo'lgan jiddiy immunosupressiv

terapiyani tayinlash oftalmolog tomonidan amalga oshirilishi kerak, bu esa ushbu dori-darmonlarni tayinlash, ularning o'zaro ta'siri bo'yicha ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar haqida chuqur bilim talab qiladi.

So'nggi yillarda metotreksatning eng kichik terapevtik dozasi, terapevtik samaradorlikni oshirish va past dozada metotreksat va prednisolon bilan birgalikda yon ta'sirlarni kamaytirish bo'yicha ma'lumotlar o'zgargan.

Kichik dozalarda (haftasiga 5 dan 25mg gacha) buyurilganda, metotreksat oka antiproliferativ emas, balki yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Uning ta'sir mexanizmi th-1 turi bilan sitokin sintezini Th-2 tipidagi immunitetga javob berish, monosit differentsiatsiyasini rag'batlantirish va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning ko'payishi bilan bog'liq bo'lgan Fas-antigen ifodasini o'zgartirishdir.

Metotreksatning kechiktirilgan ta'sirini hisobga olgan holda, o'tkir uveitni davolashda glyukokortikoidlar bilan birgalikda davolanish kerak. Dastlab, odatda, prednisolon buyuriladi, uning dozasi kamaytirilganda metotreksat davolanishga qo'shiladi.

Monoterapiya metotreksat biz olib borgan tadqiqot natijalariga ko'ra, faqat 51,8% da revmatik kasalliklar bilan bog'liq uveitlarning takrorlanishini oldini olish uchun samarali bo'ldi.

Shu bilan birga, prednisolon va metotreksatning kombinatsiyalangan terapiyasi 71,1% da samarali bo'lib, bu xorijiy mualliflarning re zultatlari bilan mos keladi. Uveitlarning katta qismi orqa miya chayqalishi bilan bir qatorda retinovaskulit bilan metotreksat va boshqa antimetabolitlarga nisbatan sezgir emas edi. Ushbu bemor guruhida siklosporin a va uning prednisolon bilan birikmasini tayinlash eng samarali bo'ldi. Siklosporin a 1980 yildan buyon gen uveitlarning Endo davolashda muvaffaqiyatli qo'llanilganligi ma'lum, ammo dozani tanlash va boshqa yallig'lanishga qarshi preparatlar bilan birgalikda olib borilgan tadqiqotlar shu kungacha davom etmoqda. Siklosporinning ta'sirining asosiy mexanizmi hujayra ichiga sig'nal aktivatsiyasini yuboradigan kaltsiyga bog'liq T-hujayrali retseptorlarning inhibitsiyonidan kelib chiqadi. Bu il-2 va interferon g mahsulotlarini bostirishga, Antikor ishlab chiqarishni kamaytirishga va sitotoksik effekt hujayralarining faolligini pasayishiga olib keladi. Siklosporin a (kuniga 5,0 mg/kg gacha) ning past kon markazlashuvlarini tayinlash jiddiy yon ta'sirga olib kelmaydi.

Qonda uning kontsentratsiyasi 100 ng / ml dan oshmaydi, shuning uchun endogen uveitlarni kichik dozalarda qabul qilganda uning qon tarkibini kuzatish talab qilinmaydi. Biroq, bugungi kunda dunyoda, oldindan parat mijozlar iqtisodiy mavjud emasligi sababli cheklangan miqdordagi paslardan foydalaniladi. Bizning tadqiqotimiz shuni ko'rsatdiki, siklosporin a va prednisolonning past dozalari eng samarali va xavfsizdir.

Xulosa. Immunosupressiv preparatlarni o'z vaqtida tayinlash-bu yuqumli bo'lmagan etiologiyaning og'ir uveit va retinovaskulyitlarini davolashda tanlov usuli bo'lib, jiddiy asoratlarni rivojlanish xavfini kamaytiradi va ko'rishni saqlaydi.

Metotreksat uveitlarni, asosan, revmatik etiologiyani davolashda past terapevtik dozalarni qo'llashda samarali va xavfsiz preparatdir.

Siklosporin a jiddiy yuqumsiz uveitlarni davolashda samarali. Kuniga 5mg / kg dan oshmaydigan dozada bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi.

Immunosupressiv preparatlarni prednisolon bilan birlashtirib, jarayonni erta to'xtatishga va asoratlar va yon ta'sirlarni kamaytirishga imkon beradi.

KATARAKTADA IMMUNI TUZILISH XUSUSIYATLARI

Mirzaeva R.Z.
Oftalmologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqot maqsadi. Katarakti jarrohlik yo'li bilan davolashda (kataraktaning fakoemulsifikatsiyasi) bemorlarda qondagi sitokinlar darajasini va old kameraning namligini baholash, ularning konsentratsiyasi va operatsion va tizimli va mahalliy yallig'lanishning klinik va laboratoriya parametrlari o'rtasidagi bog'liqlikni o'rganish. operatsiyadan keyingi davrlar.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ushbu maqsadga erishish uchun 2016 yilning fevral oyidan dekabrighacha presenil kataraktani jarrohlik yo'li bilan davolash uchun kasalxonaga yotqizilgan 28-55 yoshdagi (o'rtacha yoshi $45,28 \pm 0,21$ yil) 24 nafar bemor tekshirildi. Bu guruh 14 erkak va 10 ayoldan iborat edi.

Guruh uchun qo'shilish mezonlari: bemorning bir ko'zida asoratlanmagan presenil katarakt bor edi; o'tkir yuqumli kasalliklar, shuningdek surunkali gepatit C, gepatit B, sifilis va OIV infeksiyasining yo'qligi; bemorning yoshi 28 yoshdan 55 yoshgacha; bemorning tadqiqotda ishtirok etishga roziligi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, barcha o'rganilgan sitokinlar tekshirilgan bemorlarning qonida va ko'zning old kamerasing namligida topilgan (rasm).

Eng aniq konsentratsiya periferik qonda IL-IIIa va old kameraning namligida ($108,58 \pm 0,59$ pg / ml va $100,91 \pm 0,48$ pg / ml), shuningdek, Ig-1b (qonda 17) bo'lgan. $18 \pm 0,26$ pg/ml; old kamera namligida $10,56 \pm 0,22$ pg/ml) va $^{-4}$ (qonda $4,39 \pm 0,13$ pg/ml; old kamera namligida $2,67 \pm 0,11$ pg/ml) . O'rganilayotgan biologik suyuqliklardagi minimal konsentratsiyalar INF-a va TNF-a uchun edi. Periferik qondagi sitokinlar konsentratsiyasi va ko'zning old kamerasi namligida sezilarli farqlar yo'q ($p > 0,05$).

Periferik qon sitokinlari konsentratsiyasi va old kamera namligi o'rtasidagi korrelyatsiyani o'rganish barcha interleykinlar uchun ijobiy muhim korrelyatsiyani aniqladi (F-1b R = 0,97, $p < 0,05$; F-Na R = 0,78, $p < 0,05$; JT-a). R = 0,95, $p < 0,05$; TOT-a R = 0,81, $p < 0,05$), F-4 dan tashqari ($n = 0,31$, $p > 0,05$).

Ko'pchilik o'rganilgan sitokinlar uchun ularning qondagi konsentratsiyasi va ko'zning old kamerasi namligi o'rtasida sezilarli ijobiy korrelyatsiyaga erishilganligi va topikal konsentratsiyalar tizimli konsentratsiyalardan har doim past bo'lganligi, sitokinlarning namligida ekanligini ko'rsatadi. ko'zning old kamerasi periferik qondan kelib chiqadi va u erda o'z-o'zidan ishlab chiqarilmaydi.

Barcha o'rganilgan parametrlar, shu jumladan periferik qonning sitokin holati, ko'zning old kamerasing namligi o'rtasidagi korrelyatsiya tahlili 1 va 2-jadvallarda keltirilgan bir qator ijobiy va salbiy muhim korrelyatsiyalarni ko'rsatdi.

Asoratlanmagan presenil kataraktasi bo'lgan bemorlarning klinik va laboratoriya xususiyatlarining korrelyatsiya tahlili (1-jadval), bir tomondan periferik qondagi leykotsitlar, limfotsitlar va CEC darajasi va operatsiyadan oldin katarakt bilan ko'zning ko'rish keskinligi o'rtasidagi salbiy muhim assotsiativ munosabatlarni ko'rsatdi. , boshqa tomondan. Ushbu ma'lumotlar kataraktlarda tizimli immun yallig'lanish reaksiyasining mavjudligini ko'rsatadi.

Xulosa. Asoratlanmagan presenil kataraktasi bo'lgan "shartli somatik sog'lom bemorlarda" immunitet holatining buzilishi aniqlandi, bu kataraktogenez jarayonlarini va operatsiyadan keyingi davrni boshlashi mumkin.

Immunitetni tartibga solishning buzilishi konstitutsiyaviy ravishda TNF-a sintezining kuchayishi, IL-1 oilasining molekularini qabul qilishdagi nuqsonlar va IL-4 va INF-a sintezidagi nomutanosiblikka asoslanadi.

Ob'ektivning PAMP va DAMP ga immun javobini amalga oshirish ko'z bilan bog'liq bo'lgan immun tizimining periferik organlarida sodir bo'ladi, bu tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilari, periferik qonda CRP, CEC ning ortishi bilan namoyon bo'ladi.

OCHIQ BURCHAKLI GLAUKOMA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LIMFOTROPIK TERAPIYA

Mirzaeva R.Z.
Oftalmologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti

Tadqiqot maqsadi. Ko'z ichi bosimi normallashtirilgan ochiq burchakli glaukoma bilan og'rigan bemorlar uchun limfotrop terapiyani ishlab chiqish va ilmiy asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ushbu ish uchun material ko'z ichi bosimi normallashtirilgan, ammo kasallikning barqaror bo'lmagan kursi bilan ochiq burchakli glaukoma bilan og'rigan 48 bemorni (96 ko'z) davolash natijalari edi.

Tadqiqot natijalari. Limfotrop terapiyadan so'ng periferik ko'rish holatini tahlil qilish bemorlarning 87,34 foizida asosiy guruhdagi bemorlarda umumiy ko'rish maydonining $59,43 \pm 6,72^\circ$ ga sezilarli darajada oshishini aniqladi. Ko'rishning periferik chegaralarining kengayishi nazorat guruhida kichikroq qiymat ($35,01 \pm 5,35^\circ$) va kamroq bemorlarda (70,25%, $p < 0,05$) kuzatildi. Barcha to'rtta kichik guruhda ko'rish maydonini yaxshilashda afzallik dorilarning limfotropik qo'llanilishi bilan saqlanib qoldi.

Bulbar kon'yunktivaning qon tomir to'shagiga ta'siri nuqtai nazaridan, asosiy va nazorat guruhlaridagi natijalar taxminan bir xil edi. Limfotrop terapiyadan so'ng sklera kon'yunktivasining dastlab toraygan arteriolalarining kengayishi ko'zlarning 18,18% da, nazoratda - ko'zlarning 17,80% da kuzatildi (4-rasm). Asosiy guruhdagi bemorlarda 27,03% hollarda optik asab boshidagi toraygan arteriyalar kalibrining oshishi aniqlangan, bu nazoratga qaraganda 2,14 marta tez-tez sodir bo'lgan.

Ko'zlarning gemodinamikasini o'rganishda oftalmik arteriyalarda ham, supratroklea arteriyalarda ham qon oqimining chiziqli tezligi parametrlarining ortishi aniqlandi.

Shunday qilib, asosiy guruh bemorlarini davolash natijalari shunga o'xshash dori-darmonlarni an'anaviy qo'llash bilan solishtirganda papaverin va emoksipin bilan bilak sohasidagi limfotrop terapiya samaradorligining ishonchli dalili edi. Bu GIB normallashtirilgan ochiq burchakli glaukoma bilan og'rigan bemorlarda glaukoma jarayonini barqarorlashtirish uchun taklif qilingan usulimizni qo'llash imkonini beradi.

Biroq, bu texnikani bajarish biroz og'ir. Uzoq vaqt davomida manjet kiyish zarurati bemorlarni oddiy hayotdan "taqib yubordi". Papaverin in'ektsiyasidan so'ng 4 bemorda (8,00%) og'riqsiz infiltratlar paydo bo'ldi. Ular o'tib ketishdi

3-5 kundan keyin yarim spirtli kompresslardan so'ng, ammo bemorlar xavotirga tushishdi.

Davolash usulini takomillashtirish uchun biz mastoid jarayoni sohasida limfotrop terapiya usulini qo'lladik. Dori vositalarining mintaqaviy limfa tugunlarining proektsiyalariga kiritilishi glaukoma bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun muhim bo'lgan ko'zning orqa segmentiga dori vositalarining yaxshiroq kirib borishini ta'minlaydi.

Ko'z ichi bosimi normallashtirilgan ochiq burchakli glaukoma bilan og'rigan bemorlarda geparin va emoksipin bilan mastoid jarayoni sohasidagi limfotrop terapiya natijalari

Davolanishdan so'ng II asosiy guruhdagi bemorlarda ko'zning 83,05% da ko'rish keskinligining $0,14 \pm 0,01$ ga ortishi aniqlandi, nazorat guruhida - 33,00% ko'zlarda $0,04 \pm 0,02$ ga ($p < 0,05$)

Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, mastoid jarayoni sohasidagi limfotropik terapiyadan so'ng umumiy ko'rish maydoni bemorlarning 88,06 foizida $65,91 \pm 4,45^\circ$ ga, nazoratda esa 60,00% bemorlarda $19,81 \pm 4,87^\circ$ ga oshdi ($p \ll 0,001$).

Glaukoma bosqichlari bo'yicha periferik ko'rishni tahlil qilganda, limfotrop terapiyaning kasallikning II bosqichi bo'lgan bemorlarga ta'siri III bosqichli bemorlarga qaraganda ($94,90\%$ da $78,10 \pm 6,87^\circ$ ga yaxshilanish) sezilarli darajada ekanligi aniqlandi (74 ga yaxshilanish). , $80,49\%$ da $47 \pm 3,17^\circ$. Nazoratda umumiy ko'rish maydonining ko'rsatkichi II bosqich glaukoma bo'lgan bemorlarda $60,70\%$ da $24,24 \pm 3,13^\circ$ ga, III bosqichda - $65,52\%$ da $28,71 \pm 5,13^\circ$ ga oshdi.

Shunday qilib, mastoid jarayoni sohasidagi limfotrop terapiya natijalari, nazorat bilan solishtirganda, nafaqat rivojlangan glaukoma bilan og'riq bemorlarda, balki periferik va markaziy ko'rishni tiklash uchun davolashning sifat jihatidan yangi darajasini ko'rsatdi. qoldiq ko'rish funksiyalari.

Mastoid jarayoni sohasidagi limfotrop terapiya kursidan so'ng, bulbar kon'yunktiva tomirlarida o'zgarishlar qayd etildi: loy sindromining $71,32\%$ ga pasayishi, dastlab toraygan arteriolalarning $59,90\%$ ga kengayishi, paydo bo'lishi. $57,19\%$ da limbus yaqinida qo'shimcha ravishda ishlaydigan tomirlar.

Bemor S.ning bulbar kon'yunktiva holati (IB № 169/99) davolanishdan oldin va mastoid jarayon sohasida limfotrop terapiya kursidan so'ng, bemorlarning tubida o'zgarishlar aniqlandi: kalibrning kengayishi. arteriyalarning $62,13\%$ ga, optik asab boshidagi ishlaydigan tomirlar sonining $33,89\%$ ga ortishi. Optik diskni qazish o'zgarmadi. Kundalik tonometriya va tonografiya ko'rsatkichlarida sezilarli o'zgarishlar yuz bermadi.

Filatov-Kalfga ko'ra elastotometriya usuli bilan neyrovaskulyar refleks holatini o'rganishda mastoid jarayoni sohasida limfotrop terapiyadan so'ng uning tiklanishi $93,88\%$ ni tashkil etdi.

Xulosa. Rivojlangan limfotropik terapiya usuli ochiq burchakli glaukoma bilan og'riq bemorlarni normallashtirilgan GIB bilan davolashda samarali bo'lib, vizual funksiyalarni barqarorlashtirishga yordam beradi.

Glaukoma normallashtirilgan GIB bilan davolashning limfotropik usullari an'anaviy usullarga qaraganda samaraliroq. Mastoid jarayoni sohasida eng samarali limfotrop terapiya.

Ko'z ichi bosimi normallashtirilgan ochiq burchakli glaukoma bilan og'riq bemorlarda limfotrop terapiya uchun belgilangan ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar oftalmologik amaliyotda ushbu usuldan sifatli foydalanish imkonini beradi.

Dori-darmonlarni limfotropik yuborish texnik jihatdan sodda, bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi, nojo'ya ta'sirlar bilan birga kelmaydi, bu esa glaukoma bilan og'riq bemorlarni ambulatoriya sharoitida tavsiya etilgan usul bilan davolashni tavsiya etishga asos beradi.

MODERN VIEWS ON THE PROBLEM OF PATHOGENESIS AND TREATMENT OF AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION

*Mirzayeva A.M., Mirzayeva R.Z.
Department of Ophthalmology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Age-related macular degeneration (AMD) occupies one of the first places among the causes of blindness in people over 60 years of age and is the leading cause of central vision loss in developed countries. In recent years, this disease has been diagnosed not only in the elderly, but also at a relatively young age, which leads to primary disability in 11% of cases in people of working age and in 28% of cases in the elderly.

According to the World Health Organization, the number of people over 60 years old will triple by 2050, while the share of the older age group will increase, which today in economically developed countries is about 20%.

The purpose of the study. To analyze the experience of using the drug Lucentis in patients with a wet form of AMD on the basis of the Tyumen Region Regional Ophthalmological Dispensary.

Material and methods of research. In the period 2009-2011, intravitreal administration of the drug Lucentis was performed in 35 patients. The observation period is 24 months.

The average age of the patients was 50 ± 6.2 years. All patients were of working age. Lucentis was administered intravitreally at a dose of 0.5 mg (0.05 ml) with a frequency of 1 time per month sequentially for 3-4 months (20 patients received 3 injections at intervals of 1 month, the rest 1-2 injections according to indications). A total of 71 injections were performed.

The results of the study. The results obtained are comparable with the data of the MARINA study and together confirm the ability of ranibizumab to significantly improve visual functions in patients with subretinal neovascular membrane in AMD.

Patients who participated in the MARINA and ANCHOR studies were invited to participate in the new open long-term HORIZON study, in which patients received intravitreal injections of ranibizumab as needed. The study data confirmed the fact that in half of the patients, the need for repeated injections occurs already within the first 6 months [25].

These studies have shown that the peak of visual function improvement reaches a plateau by the 4th month. with monthly intravitreal administration of ranibizumab, and further use of the drug according to the same scheme increases the risk of complications and makes treatment costly. Thus, it is possible to distinguish the "loading" phase, during which 3 doses of the drug are administered at intervals of 1 month to obtain a primary response, and the maintenance phase, which requires less frequent injections in accordance with a variable schedule [24, 25].

Less frequent administration of the drug was first studied in the PIER study [22]. Patients were divided into 3 groups: receiving ranibizumab 0.5 mg (n=61), 0.3 mg (n=60) or placebo (n=63). The first three injections were given to patients once every 4 weeks, and the rest - at intervals of 3 months. By the 3rd month, visual acuity in the 0.3 mg and 0.5 mg ranibizumab groups increased by 2.9 and 4.8 letters, but a year later there was a decrease in this indicator by 1.6 and 0.2 letters in the corresponding groups, and in the control group during this time vision decreased by an average of 16.3 letters. Thus, when the drug is administered according to the standard scheme 1 time in 3 months, the obtained indicators are worse than in the MARINA and ANCHOR studies, where injections were made monthly. Apparently, this treatment regimen is not optimal.

Conclusion. Thus, many methods of treating AMD have now been developed. However, neither conservative nor laser methods of treatment, unfortunately, do not provide long-term and stable improvement of the condition, especially in the "wet" form of AMD. Anti-VEGF therapy allowed to influence neovascularization, however, recent studies have shown that prolonged use of angiogenesis inhibitors in the outcome leads to atrophy of the chorioretinal layer. Radical vitreoretinal surgical interventions, due to their technological complexity and the presence of a number of contraindications, cannot be widely used in the treatment of this pathology, and even when positive results are achieved - removal of subretinal membranes and achieving the fit of retinal detachment, they do not always provide restoration of the functions of the macular region.

**METHODS OF EMERGENCY PREVENTION AND CORRECTION OF
ABDOMINAL PATHOLOGIES IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19
PANDEMIC**

Nabiev R.R., Khakimov N.S.

*Faculty of the Department of Advanced Training and Retraining of Doctors, Medical
Radiology and Clinical Laboratory Diagnostics
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Among the complications in patients with COVID-19, gastrointestinal complications are most common.

Among abdominal complications in COVID-19, dyspeptic disorders in the form of frequent loose stools, nausea, vomiting are most often observed (23.4%). Dyspeptic phenomena in COVID-19 can often be the first manifestations of the disease and may appear before pulmonary complications.

At the same time, the non-specificity of symptoms does not allow to diagnose COVID-19 in the early period, however, the awareness of primary care medical personnel can help to timely suspect the presence of early manifestations of COVID-19 in the patient. The causes of dyspeptic complications of COVID-19 are not fully understood.

Of the dyspeptic phenomena, patients often experience loss of appetite (17.9%), cramping abdominal pain (13.1%), bloating (16.2%), constipation (14.2%), hiccups (10.1%).

The presence of the COVID-19 virus in the feces and its isolation can create prerequisites for the transmission of infection through contaminated surfaces and objects by contact. This is especially important before isolating patients and may lead to the spread of COVID-19 in the above way. Virological examination of feces using polymerase chain reaction and detection of COVID-19 virus can help in timely diagnosis of COVID-19, isolation of the patient and prevent the spread of the disease.

The purpose of the study. To improve the results of diagnosis and treatment of gastrointestinal complications in patients with confirmed COVID-19 infection.

Material and methods of research. Abdominal complications of COVID-19 were studied in 205 hospitalized patients with identified COVID-19 virus in an infectious hospital with surgical capabilities from March 2020 to March 2021. The total number of patients with COVID-19 was 1,081.

The results of the study. The results of the study showed that 18.9% of patients with confirmed COVID-19 had gastrointestinal complications. Complications in women were 20% more common than in men, which does not correspond to the literature data.

Patients over 50 years of age accounted for 81% of all patients with COVID-19. Of the hospitalized patients, 59% were in moderate and 10% in serious condition.

Dyspeptic disorders (nausea, vomiting, diarrhea, hiccups) were observed in 45% of patients during hospitalization. 59% of the hospitalized patients needed oxygen support, of which 10% needed hardware support of breathing with the help of artificial ventilation devices.

Perforation of the small intestine was observed in 0.5% of patients. As a rule, all cases of perforation were localized in the initial parts of the jejunum. All patients were operated on. Resection of the small intestine was not performed.

Complication of the colon diverticulum in the form of perforation was observed in 0.5% of patients. All patients underwent colon resection with the removal of stomas. Irreversible ischemia of various parts of the intestine with the development of gangrene was observed in 0.5% of patients. All cases were verified intraoperatively. The scope of the operation in this case was the removal of necrosis sites according to generally accepted principles with the removal of stomas or with the imposition of various anastomoses.

Intestinal ischemia was observed in 12 (1.1%) patients intraoperatively, intestinal ischemia was assessed according to classical clinical signs in the form of intestinal discoloration, absence of pulsation of mesentery vessels and intestinal peristalsis. In all cases, the right colon and ileum were subjected to ischemia. With the help of imaging methods (ultrasound, CT), 0.9% of patients were found to have acute inflammatory changes in the blind and ascending colon

An increase in intra-abdominal pressure as a result of coughing and paresis of the intestines and stomach with COVID-19 can serve as a trigger for the occurrence of hernias of the anterior abdominal wall or strangulation of previously existing hernias. 0.6% of patients with COVID-19 had infringements of hernias of the anterior abdominal wall, for which emergency interventions were performed under endotracheal anesthesia. In 50% of patients with COVID-19, a wound suppurated after hernioplasty. Due to the increased risk of suppuration of postoperative wounds in patients with COVID-19, mesh implants were not used in operations with strangulated hernias of various localization.

Conclusion. In conclusion, it can be noted that for the prevention of gastrointestinal complications of COVID-19, glucocorticoids and interleukin inhibitors should be prescribed according to indications without exceeding doses, and for early diagnosis and timely treatment of these complications, more accurate instrumental diagnostic methods such as CT, abdominal MRI and laparoscopy should be used.

MODERN METHODS OF TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE LARYNX

*Narbaev Z.K., Kasimov K.K., Narbaev K.P.
Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Laryngeal pathology remains an urgent problem of otorhinolaryngology today, since the larynx is an organ of speech formation as a means of communication, which is very important for the social, moral and psychological comfort of human life. Therefore, laryngeal pathology is a serious social problem, since it leads to a violation of voice formation and deprives people of working capacity, verbal communication for a long time, or leads to disability, expelling the patient from public life and causing him great psychological trauma. The urgency of the problem is also associated with the growth of laryngeal pathology as a result of exposure to the mucous membrane of the upper respiratory tract environmental and occupational hazards, smoking and alcohol consumption.

The purpose of the study. To analyze the structure of laryngeal pathology, to identify the prevalence of individual nosological forms by gender, age and territorial characteristics, to determine the optimal methods of diagnosis and treatment of laryngeal diseases.

Materials and methods of research. A retrospective analysis of the case histories of 160 patients with laryngeal diseases (44 women and 116 men) aged 18 to 85 years who were treated in the ENT department of the ASMI clinic was carried out.

The results of the study. Acute inflammatory diseases of the larynx occur mainly in females (72.73%) aged 41-50 years.

Benign tumors and tumor-like formations are detected mainly in men, having no significant dependence on the age index.

The most effective method of treating benign neoplasms of the larynx is microendolaryngial removal under endotracheal anesthesia against the background of conservative influences, which can significantly reduce the percentage of malignant neoplasms of the larynx.

HCL occurs mainly in males aged 51-85 years. HCL and papillomas are the most common form of precancerous diseases of the larynx.

Laryngeal cancer affects men in the vast majority of cases (95.55%).

6. Fibrolaryngoscopic and histological methods of investigation are important and valuable in identifying the prevalence of the process, determining the morphological signs of neoplasm in the early stages.

To make the final diagnosis, direct microlaryngoscopy was used, which was performed under endotracheal anesthesia, fibrolaryngoscopy followed by biopsy, which was performed from several locations, and, if necessary, histological, cytological, bacteriological, mycotic research methods were used in a complex of diagnostic measures. In a controlled group of patients, the biopsy material was examined in 70 (43.75%) people.

The leading condition for successful therapy is timely diagnosis and an integrated approach taking into account etiopathosis, the prevalence of the process and individual characteristics of the organism.

All patients underwent either conservative or combined treatment, which included therapeutic measures and endolaryngeal microsurgical interventions.

Conservative therapy was performed in 125 (78.13%) people, and in 22 (13.75%) — for acute laryngitis. Conservative measures consisted in observing a strict voice regime (57 days), quitting smoking, excluding irritating food and drinks, general medical effects (antibiotics taking into account an antibioticogram, expectorants, hyposensitizing, symptomatic, antimycotic agents) and local treatment (inhalation of anti-inflammatory drugs, instillation into the larynx of drugs and their combinations - corticosteroids, oil, antibacterial, antimicrobial, proteolytic enzymes). In some cases (in the absence of data on the presence of a malignant process), physiotherapy procedures (phonophoresis with prednisolone and hydrocortisone ointments) were used — extralaryngeal.

Combined treatment was performed in 35 (21.86%) people. Surgical intervention was performed mainly under endotracheal anesthesia with direct microlaryngoscopy and consisted in revision of the larynx and complete removal of the neoplasm under a microscope.

Conclusion. Evaluation of the results of treatment was carried out according to a set of signs: normalization of the laryngoscopic picture, vocal function, disappearance or reduction of foci of the pathological process. A three-point system was used: good, satisfactory, unsatisfactory. In the treatment of patients with acute laryngitis, good results were noted in 22 (100%) patients. In patients with CHL, good results were noted in 65 (84.42%), satisfactory — in 15.58%, with benign neoplasms of the larynx, good results were noted in 37 (82%), satisfactory — in 17.78%. With histological confirmation of the diagnosis of organic laryngeal disease, all patients were sent to an oncological dispensary to resolve the issue of further treatment tactics.

OPERATIVE METHODS OF TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED LARYNGEAL CANCER

*Narbaev Z.K., Kasimov K.K., Narbaev K.P.
Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Benign diseases of the larynx, as defined by P. Holinger and K. Johnstone, are any volumetric formations in the larynx that do not have the properties of malignancy and metastasis.

According to the WHO classification, obligate precancerous conditions include chronic hyperplastic laryngitis, dyskeratosis, laryngeal papillomatosis. Granulomas and scarring of the larynx are facultative precancerous diseases.

Diagnosis of benign neoplasms of the larynx is fraught with difficulties, since in the early stages the disease can be asymptomatic.

The purpose of the study. It consisted in comparing the long-term results of combined and radiation treatment of locally advanced laryngeal cancer.

Materials and methods of research. The results of treatment of 93 patients with stage III—IV laryngeal cancer were studied. 53 patients underwent laryngectomy with regional lymphadenectomy and adjuvant radiation therapy (combined treatment group — CL). 40 patients underwent radiation therapy up to 66-70 GY (radiation treatment group — LL). 25 patients of the CL group and 15 patients of the LL group received cisplatin at a dose of 100 mg/m² once every 3 weeks simultaneously with irradiation. The CL group was dominated by patients with IVA CT (84%), in the LL group — patients with III CT (57%).

The results of the study. The median follow-up was 26 months. Median overall survival(s) was significantly higher in the CL group and was 40 months versus 13 months in the LL group ($p=0.0009$), 5-year S was 19% and 10%. Factors such as the spread of the tumor beyond the larynx, massive lesion of regional lymph nodes and a low degree of tumor differentiation had the greatest impact on survival. The median OV was 42 and 22 months at III and IVst, respectively. In the radiation treatment group, these differences reached statistical significance. The median OV was significantly higher in the absence of metastases in regional lymph nodes in both groups.

At the same time, the median OV was more than 2 times higher in the CL group compared to the LL group and was at N212,5 and 5 months, and at IV ct — 22 and 8 months, respectively. Radiation therapy did not provide a cure for any of the 17 patients with stage IVA, while 19 of the 44 who received combined treatment are alive. Of the 40 patients in the LL group, 19 required a tracheostomy, the median S of these patients was lower compared to those who did not have a tracheostomy: 9 and 23 months ($p=0.2$). Performing CT simultaneously with irradiation did not have a significant effect on OV in the CL group with a tendency to improve survival in the LL group. Among the 58 patients who died, 49 died from the progression of the disease in the first 3 years after surgery or the beginning of radiation treatment.

Despite the low survival rate of patients in the LL group, it should be noted that 8 patients were observed for more than 48 months without signs of the disease, the average survival was 60 ± 12 months, which is comparable with the results of combined treatment. All patients had Grade I—II squamous cell carcinoma with a prevalence of T3, in 7 cases — N0. These results indicate the need for careful selection of patients for organ-preserving treatment. Conclusion. Combined treatment with postoperative radiation therapy is the main method of treating stage IV laryngeal cancer. Organ-preserving, conservative radiation and chemoradiotherapy of locally advanced laryngeal cancer allows achieving survival rates comparable to the results of combined treatment for stage III squamous cell laryngeal cancer.

Conclusion. Thus, the literature data demonstrate an integrated approach to the choice of operational tactics, taking into account minimal traumatization of surrounding tissues, rapid rehabilitation of voice function and prevention of disease recurrence.

And the use of a narrow-spectrum mode during the examination of the upper respiratory system with EGDS will further improve the detection of laryngeal neoplasms in the early stages.

**PREVENTIVE ASPECTS OF POSTOPERATIVE HYPOTHYROIDISM BY
AUTOTRANSPLANTATION OF THYROID TISSUE IN DIFFUSE TOXIC GOITER**

*Nishanov M.F., Aliboev M.R. Bozorov N.E.
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan*

Relevance. Diseases of the thyroid gland (TG) currently occupy the first place in the structure of endocrine pathology in terms of their prevalence, and they account for the majority of visits to the endocrinologist. Some authors propose to perform organ-preserving interventions for the prevention of postoperative hypothyroidism (POH), other researchers are supporters of radical operations, noting that, despite the locality of manifestations, colloid proliferating goiter in a patient is a disease of the entire organ. The ambiguity of opinions concerning the issues listed above served as the basis for this work.

Purpose of the study: to study the results of surgical treatment of benign thyroid diseases based on autotransplantation of the thyroid gland during surgery.

Materials and methods. The basis of the work was a prospective controlled study, which included 86 patients who were treated at the Department of Surgery of the State Medical Institute for the period from 2014 to 2019. There were 18 men (7.3%), women - 68 (92.7%). The age of patients is 16-79 years, on average 48.3 ± 12.9 years. According to the indications, computed tomography of the mediastinum and thyroid scintigraphy with Tc99m pertechnetate were performed. All patients underwent differentiated preoperative preparation with the analysis of prognostic criteria.

When choosing the volume of surgery in patients with diffuse toxic goiter, we used the following prognostic criteria for the outcomes of surgical treatment: the age of patients, the duration of the disease, the duration of thyreostatic therapy, the effectiveness of thyreostatic therapy, and the level of antibodies to thyroperoxidase.

Results and its discussion. In the surgical treatment of patients with DTG for the prevention of postoperative hypothyroidism, we performed autotransplantation of the thyroid gland in all cases.

The proposed method was carried out as follows: When performing autotransplantation of thyroid tissue after performing thyroidectomy or subtotal resection of the thyroid gland, 2 cm³ of thyroid tissue was preserved. After receiving the results of cytomorphometry, the transplanted fragments were crushed by making longitudinal and transverse incisions, placed in the space between the sternothyroid and pectoral-hyoid muscles and fixed with interrupted sutures.

Based on the data obtained, a decision was made on the expediency of preserving thyroid tissue during the operation with autotransplantation. Therefore, 59 patients underwent subtotal subfascial strumectomy with ATG, 8 patients underwent intrafascial TE, and 19 patients underwent an insignificant amount of thyroid tissue in the area of the tracheoesophageal sulcus on both sides of the trachea.

In the postoperative period, hypothyroidism was observed in 10 patients, which was compensated by the appointment of replacement therapy with levothyroxine sodium at a dose of 1.5 ± 0.3 µg/kg per day. No recurrence of the disease was noted.

Findings. A differentiated approach to the choice of the volume of surgery, based on a thorough preoperative diagnosis, a cumulative analysis of prognostic criteria, intraoperative cytomorphometry of the thyroid tissue, as well as the use of new methods of surgical interventions, improved the immediate and long-term results of treatment of patients with benign thyroid diseases.

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES FOR BILE TRACT DRAINAGE IN
NON-RESECTABLE TUMORS OF THE HEPATOPANCREADUODENAL ZONE
COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE

*Pakirdinov A.S., Suyunov D.M., Sayfutdinova M.A.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Obstructive jaundice is often the first manifestation of malignant tumor diseases of the liver, extrahepatic bile ducts, pancreas, duodenum, major duodenal papilla. MF significantly aggravates the condition of patients with the development of liver failure, bleeding, purulent processes in the bile ducts and liver, hypocoagulation, often leads to multiple organ failure, as well as a number of other complications. It is known that any surgical operation performed against such an unfavorable background is accompanied by an increased morbidity and mortality rate. In recent decades, in the treatment and diagnostic algorithms used in breast syndrome, modern radiation methods of examination and minimally invasive technologies for draining the bile ducts have been actively used. Leading clinics actively involved in this complex pathology, both in Russia and abroad, have the experience of hundreds or even thousands of such observations, which allow for a correct comparative analysis of the technologies used in full compliance with modern requirements of evidence-based medicine.

The purpose of the study was to substantiate a differentiated approach to the use of minimally invasive technologies for draining the bile ducts in inoperable malignant neoplasms of the hepatopancreatoduodenal zone complicated by obstructive jaundice.

Materials and research methods. The study included 298 patients with non-resectable GPDD tumors complicated by obstructive jaundice.

Results of a clinical study. Diagnosis of the nature of jaundice, organ localization of the tumor and its lympho-regional or distant spread, the level of occlusion of the bile ducts was performed urgently within 1-4 days from the moment of hospitalization. Examination of patients with tumors of the hepatopancreatobiliary zone was carried out on the basis of a comprehensive diagnostic program, including clinical and laboratory examinations, conventional ultrasound (ultrasound), spiral computed tomography (CT), endoscopic ultrasonography (EUS) and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

The immediate efficiency of bile duct drainage with relief of manifestations of obstructive jaundice ranged from 83% with retrograde endoscopic drainage to 93.4% with antegrade drainage and 100% with surgical palliative endoscopic operations with the imposition of bypass biliodigestive anastomoses.

In group I, with antegrade internal drainage, the rate of early complications was 5.7% (2 of 35 patients), and mortality was 2.9% (1 patient died). Late complications in the form of relapse of obstructive jaundice and/or cholangitis, which required repeated hospitalizations, occurred in 8 out of 35 (22.5%).

Retrograde endoscopic biliary drainage was successfully performed in 220 (83%) of 265 patients.

In group II and III, endoscopic papillosphincterotomy was performed in 204 patients. Methods for performing EPST in these patients are presented in Table 9. It should be noted that most often EPST was performed using a typical cannulation method. Atypical papillosphincterotomy was performed only in a non-standard anatomical situation and the impossibility of cannulation EPST.

Conclusion. The most important prognostic! life expectancy factors in inoperable patients with GPD tumors are: the size of the primary tumor and the degree of physical status according to the ASA classification. In patients with a tumor larger than 45 mm and grade 3-4 physical status according to ASA, life expectancy, as a rule, does not exceed 6 months, while

patients with smaller tumors and preserved physical status (1-2 according to ASA) have a longer life expectancy. life.

With a life expectancy of less than 6 months. in patients with inoperable HDD tumors, preference should be given to MIT with antegrade or retrograde endoscopic drainage of the bile ducts using a plastic stent.

COVID-19NING SIYDIK YO'LLARIGA TA'SIRI

*Sadikova D.I., Rustamov U.M., Abdulazizov S.A., Hujamberdiev U.E., Sayfedinov S.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti*

Maqsad: COVID-19 ning siydik tizimiga ta'sirini baholash.

Material va tadqiqot usullari. Ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda COVID-19 kasalligidan davolangan bemorlarning kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilindi va buyrakdagi o'zgarishlar o'rganildi. COVID-19 tufayli O'BE uchun maxsus davolash mavjud emasligi sababli, intensiv terapiya asosan qo'llab-quvvatlanadi. O'BEning oldini olish va davolashga va keyinchalik ekstrakorporal terapiyani qo'llashning potentsial ko'rsatkichlarini aniqlashga nisbatan joriy yondashuvlar ko'proq klinik tajribaga asoslanadi va O'BE davolash COVID-19 bilan kasallangan bemorlarga empirik tarzda moslashtiriladi. Mavjud yondashuvlarning afzalliklarini tasdiqlash va yangilarini ishlab chiqish uchun tegishli dalillar bazasini olish uchun hamkorlikda fanlararo tadqiqotlar zarur.

Tadqiqot natijalari. COVID-19 koronavirus kasalligining og'ir o'tkir respirator sindromi koronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemiyasi butun dunyo bo'ylab tarqalishda davom etar ekan, uning oqibatlarining to'liq spektri, davolashni talab qilmaydigan engil nafas yo'llari kasalligidan boshlab, yaqqol namoyon bo'lmoqda: og'ir o'tkir respirator distress sindromi, ko'p organ etishmovchiligi va o'limga. COVID-19 ko'pincha buyraklarga ta'sir qiladi: bemorlarning 40% dan ortig'i kasalxonaga yotqizilganida anormal proteinuriyaga ega. Bundan tashqari, COVID-19dagi O'BEning umumiy og'irligi kam baholanishi mumkin, chunki qabul paytida kreatinin ko'rsatkichlari davolash boshlanishidan oldin buyrakning haqiqiy boshlang'ich funktsiyasini aks ettirmasligi mumkin va oldingi kreatinin haqida ma'lumot mavjud bo'lmasligi mumkin. Reanimatsiya bo'limiga COVID-19 bilan yotqizilgan bemorlarning taxminan 20 foizida kasallikning boshlanishidan buyrak terapiyasiga muhtoj bo'lgan vaqtgacha bo'lgan o'rtacha vaqt oralig'i 15 kunni tashkil etdi. COVID-19da buyrak etishmovchiligini erta aniqlash va O'BEning keyingi rivojlanishini yoki yanada og'ir bosqichlarga o'tishini cheklash uchun profilaktika va terapevtik choralarni qo'llash kasallanish va o'lim darajasini pasaytirish uchun muhim ahamiyatga ega.

COVID-19da buyrakning etishmovchiligibir nechta sabablarga ko'ra yuzaga keladi: uning rivojlanishi yurak-qon tomir patologiyalari bilan birga keladi va turli omillar (masalan, sepsis, gipovolemiya va nefrotoksik dorilarni qo'llash) muhim rol o'ynaydi. Kardiorenal sindrom, ayniqsa, COVID-19 pnevmoniyasi tufayli yuzaga kelgan o'ng qorincha etishmovchiligi, buyrak tiqilishi va keyingi O'BEga olib kelishi mumkin. Shu bilan birga, chap qorincha disfunktsiyasi past yurak chiqishi, arterial tomirlarining etarli darajada to'ldirilmasligi va buyrakning hipoperfuziyasiga olib kelishi mumkin.

Autopsiya ma'lumotlari o'pka va buyraklardagi endotelial shikastlanishni ko'rsatadi, bu ehtimol proteinuriyaga olib keladi. Bundan tashqari, buyraklarning endotelial hujayralarida virusli zarralar mavjudligi haqida dalillar mavjud, bu O'BE viremiyani buyraklardagi endotelial shikastlanishning mumkin bo'lgan sababi va rivojlanishiga yordam beradigan omil sifatida ko'rsatadi.

O'tkir buyrak etishmovchiligi bo'yicha klinik amaliyot bo'yicha qo'llanmaning bir qismi sifatida parvarishlash terapiyasi tamoyillarini amalga oshirish (masalan, nefrotoksik dorilarni qabul qilmaslik, qon zardobidagi kreatinin va siydik miqdorini muntazam nazorat qilish, gemodinamik parametrlarni kuzatish) buyrak shikastlanishi bilan og'ir bemorlarda mumkin.

COVID-19 bilan kasallanish darajasini pasaytirish va O'BE og'irligini kamaytirish uchun qo'shimcha tekshirishni talab qiladi.

Himoya mexanik ventilyatsiyasi yordamida volutravma va barotravmani engillashtirish ventilyatsiya natijasida kelib chiqadigan gemodinamik ta'sirni va sitokin bo'roni tufayli buyraklarga yukni cheklash orqali o'tkir buyrak etishmovchiligi yoki uning yomonlashuvi xavfini kamaytiradi. Naychali shikastlanishning yangi biomarkerlari O'BE ni bashorat qilish va davolashda ularning ahamiyatini o'rganish uchun kelajakdagi randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarga kiritilishi kerak.

Ba'zi bemorlarda SARS-CoV-2 keltirib chiqaradigan koronavirus infeksiyasiga bakterial infeksiya qo'shiladi va ular sepsisga o'xshash sindromni rivojlanishi mumkin. Bunday bemorlarda mavjud dalillarga yoki patofiziologik asoslarga ko'ra, ketma-ket ekstrakorporal almashtirish terapiyalari 10-15, 20, 21 (masalan, endotoksin, sitokinni olib tashlash va immunomodulyatsiya, turli organlarni ekstrakorporeal qo'llab-quvvatlash) ko'rib chiqilishi kerak, chunki klinik rivojlanish tez bo'lishi mumkin. va kasallik davrida patofiziologiyadagi o'zgarishlar ICU da qolish vaqtida turli xil davolash usullarini talab qilishi mumkin.

Xulosa.

1. COVID-19 kasalligi bemorlarning buyraklariga ta'sir qiladi; kasalxonaga yotqizilganida, ularda proteinuriya bo'lishi mumkin va kasallikning keyingi bosqichlarida og'ir bemorlarda ko'pincha o'tkir buyrak etishmovchiligi rivojlanadi, bu ko'p organ etishmovchiligi va kasallikning og'irligi belgisi sifatida hisoblanadi.
2. Qabul paytida suvsizlanish o'tkir buyrak etishmovchiligi uchun qo'zg'atuvchi bo'lishi mumkin, chunki COVID-19 bilan kasallangan bemorlar odatda isitma bilan birga keladi va kasalxonaga yotqizilgan sharoitda kamdan-kam hollarda agressiv suyuqlik terapiyasi beriladi. O'pkaning himoya ventilyatsiyasi ventilyator tomonidan qo'zg'atilgan gemodinamik ta'sirlarni va sitokin bo'roni bilan bog'liq bo'lgan buyraklar yukini cheklash orqali yangi yoki yomonlashgan o'tkir buyrak etishmovchiligi xavfini kamaytiradi.

COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA SIYDIK YO'LLARI INFEKTSIYASINI DAVOLASHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

*Sadikova D.I., Rustamov U.M., Xamraev O.A., Abdulazizov S.A., Xujamberdiev U.E.
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti*

Maqsad: COVID-19 pandemiyasi davrida siydik yo'llari infeksiyasini davolashning o'ziga xos xususiyatlarini retrospektiv tahlili.

Tadqiqot natijalari. COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda asoratlar uchun antibiotik terapiyasi chidamli bakteriyalarni tanlashga yordam berishi mumkin. Pandemiya antibiotik terapiyasining oqilona tamoyillarini joriy etishda bizni 10-15 yilga orqaga qaytardi. COVID-19 davrida antibiotiklardan noratsional foydalanish antibiotiklarga chidamlilik pandemiyasining omiliga aylandi. COVID-19 bilan bakterial infeksiya bo'yicha nashrlar allaqachon paydo bo'lgan, ularda qayd etilishicha, COVID-19 bilan kasallangan bemorlarning atigi 7 foizida bakterial koinfektsiya bo'lgan, bemorlarning 93-100 foizida antibiotik terapiyasi boshlangan. Shu bilan birga, COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda koinfektsiya kamdan-kam uchraydiganligi ta'kidlandi.

So'nggi o'n yillikda biz antibiotiklarga chidamlilik davrida yashayapmiz, bunda nafaqat favqulodda xavf darajasiga ega bo'lgan mikroorganizmlar ro'yxati (*Clostridium difficile*, *Enterobacteriaceae*, karbapenemga chidamli, *Neisseria gonorrhoeae*), balki tanqidiy darajada ham tuzilgan yangi antibiotiklarni yaratish uchun ustuvor ahamiyatga ega.

Urologik shifoxonalarda ko'p dori qarshiligi 50% dan ortiq, ko'p bo'lmagan antibiotiklarga chidamliligiga qo'shilsa, u 70% dan yuqori. Shu bilan birga, mutaxassislar bemorlarda urosepsis chastotasining keskin o'sishidan xavotirda, bu davolashning yuqori texnologiyali usullarini joriy etish bilan izohlanadi, bu ham pielonefrit, tizimli yallig'lanishga qarshi javob sindromi va boshqa muammolarga olib keladi. Makroorganizm tomonidan urosepsis uchun xavf omillari bemorda yuqori siydik yo'llarining obstruksiyasi, masalan, tosh bilan, shuningdek kateter o'rnatilishini o'z ichiga oladi. Va atrof-muhit tomonida, antibiotiklardan noto'g'ri foydalanish va noto'g'ri foydalanish, cheklangan sog'liqni saqlash resurslari va mahalliy kuzatuv tadqiqotlarining etishmasligi. Urosepsisdagi chidamli shtammlar chastotasining o'sishi 60-70% oralig'ida aniqlandi: seftazidim, avibaktam, meropenem, aminoglikozidlar va fosfomitsindan tashqari deyarli barcha antibakterial preparatlarga.

Jamiyat tomonidan orttirilgan uropatogenlarining so'nggi tadqiqotiga ko'ra, 7-8 yil davomida b-laktamaza ishlab chiqarishning ko'payishi asoratlanmagan infeksiyada 10 marta, murakkab infeksiyada 3 marta ko'payganligini ko'rish mumkin. Ko'p dori-darmonlarga chidamli patogenlar paydo bo'lishining xavf omillari orasida infeksiyani etarli darajada nazorat qilmaslik, invaziv manipulyatsiyalar, uzoq vaqt kasalxonada qolish, oldingi 3-6 oy ichida kasalxonaga yotqizish va oldingi 2 oydagi antibiotik terapiyasi sabab.

Bugungi kunda (va ayniqsa urologiyada) enterobakteriyalar juda katta muammodir, chunki ular samarali terapiya uchun dorilarni tanlashning maksimal darajada torayganligini, o'limning ko'payishini, foydalanishning ko'payishi muqarrarligi sababli davolanish narxining oshishini ko'rsatadi.

COVID-19 pandemiyasi biz qanchalik osonlik bilan oqilona pozitsiyalarimizni yo'qotishimizni ko'rsatdi. Biz yana virusli infeksiyalar uchun antibiotiklardan keng foydalanamiz, mikroorganizmlar qarshiligining o'sishi bilan birga keladigan samarasiz va toksik antibiotiklarga ustunlik beramiz, azitromitsinning gidroksiklorokin va levofloksatsin bilan birikmasi hayot uchun xavfli ekanligini unutimiz.

Xulosa. Natijada, shuni aytish mumkinki, COVIDdan keyingi davr antibiotiklarga qarshilikning o'sishining yangi bosqichini beradi.

SURGICAL TREATMENT OF DEEP BURNS, DEEP BURNS BASED ON THE USE OF SURGICAL NECRECTOMY AND MODERN

Salakhiddinov K.Z.

*Department of Faculty Faculty and Hospital Surgery
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Numerous studies conducted since the mid-70s of the twentieth century have shown that the removal of non-viable tissues within 24-48 hours after a burn injury is associated with a decrease in blood loss, wound infection, the length of hospital stay and mortality. Although a decrease in mortality can occur only in patients who have not received an inhalation injury. Modern therapy of an acutely burned patient is based on early treatment and closure of wounds, support of a hypermetabolic response after a burn and prevention of infection.

Early surgical intervention removes non-viable tissue and, consequently, the wound bed becomes relatively free from infection. In addition, removal of dead tissue can reduce the formation of chemical mediators that cause secondary damage and stimulate an inflammatory cascade that leads to insufficiency of various organs

The purpose of the study. Study and generalization of modern methods of surgical treatment of patients with deep burns.

Materials and methods of research. To assess the effectiveness of this method, a comparative study of the results of its application with traditional ADP methods was carried out.

A clinical study of 54 victims was conducted, the total area of burns in which ranged from 8 to 50% of the body surface. The age of the patients ranged from 20 to 62 years. Flame burns were noted in 94% of cases, boiling water in 6%. Among the patients in this group, men accounted for 55.3%, women -45.7%. Deep burns ranged from 6 to 25% of the body surface.

The main group included 26 patients in whom the restoration of the skin was carried out using a combined autodermoplasty, a 1:4 perforated skin flap, in combination with transplantation of cultured fibroblasts distributed in gel. The control group consisted of 28 patients with traditional autodermoplasty with a perforated flap 1:4. In both groups, the wound coating "Parapran" was used for protection and additional fixation of grafts.

The results of the study. Microbiological studies conducted in dynamics showed that the initial picture in patients of the main and compared groups, in most cases, *S.epidermidis*, *P.aeruginosa*, *S.aureus*, *P.mirabilis*, *Enterobacter spp.*, *E.coli* were sown from the wound. However, already on 3-4 days after the CADP behavior with transplantation of cultured fibroblasts against the background of more active epithelialization, a decrease in the number of microorganisms to 101 -102 CFU per 1 cm². was noted, and in patients of the comparison group at the same time, the level of microbial contamination was noted, ranging from 103 to 105 CFU of microbial bodies per 1 cm². of the wound surface.

During cytological examination of wounds before ADP, in 75% of cases smears were characterized as inflammatory, and in 25% - as inflammatory-regenerative, regenerative-inflammatory and regenerative type were not determined in the source material. On day 4, in the main group of the studied patients in relation to the comparison group, there was a significant decrease in the number of leukocytes, which amounted to 41.6±5.9% (in the control 61.2±2.4). The number of cells characterizing regenerative processes has significantly increased. In particular, the specific weight of fibroblasts increased to 9.2%, polyblasts to 12%, macrophages to 12.7±5.6%. In 21 patients of the main group, a regenerative type of cytogram was recorded on day 8 after CADP, and only in 5 cases an inflammatory-regenerative type was noted. In the comparison group, the indicators during these periods were different: regenerative type of cytogram was noted in 14 cases, regenerative-inflammatory type in 9, inflammatory-regenerative in 4 and inflammatory in 1 case.

In 1 (3.8%) of 26 patients of the main group, partial lysis of transplanted skin flaps was noted, the area of 2% of the body surface in the comparison group and lysis of transplanted skin flaps was 10.7%, this complication was noted in 3 out of 28 examined patients. There were no fatal outcomes.

Conclusion. Thus, one of the main problems in the treatment of acute burn injuries is to prevent their infection, therefore, early removal of non-viable tissue by primary surgical treatment and covering the wound bed are of paramount importance.

Many options for surgical treatment of covering the wound bed have been described, but the use of skin grafts remains the standard for rapid and permanent closure of deep burns.

Significant advances made in recent decades have significantly improved the treatment of burn patients, but the development of new treatment methods based on the latest scientific achievements can improve the prognosis for more severe patients and ensure their speedy recovery.

WOUND COATINGS AND CELLULAR TECHNOLOGIES IN THE COMPLEX
TREATMENT OF DEEP AND EXTENSIVE BURNS

Salakhiddinov K.Z.

*Department of Faculty Faculty and Hospital Surgery
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Modern tactics of surgical treatment of burns include complete excision of necrotic tissues, followed by early closure of the skin defect with an autologous skin flap or other materials. An autologous skin flap is the best material for closing a skin wound, however, the availability of donor skin may be limited, for example, with extensive lesions.

In such cases, the skin wound may be temporarily closed with allo- or xenograft, which, as a rule, are rejected within 1 week. Allo- and xenografts serve as a barrier between the skin wound and the external environment, protecting the wound from mechanical influences, reducing pain, preventing infection of the wound, as well as loss of heat, fluid and protein from its surface. In addition, allografts presumably isolate growth factors that positively affect the course of the wound process.

The first cellular product used to cover skin wounds was cultured epithelial autograph (Epicell), the production of which became possible after the development of a technique for cultivating epidermal keratinocytes. The product consists of several (2-8) layers of the epidermis, which caused its fragility and difficulty in use. In addition, the product, as the experience of its use has shown, has a high tendency to infection. The results of the clinical use of this drug also turned out to be rather disappointing, which, combined with the high cost and long time required for its processing, limits the scope of application of the drug to the temporary closure of a skin defect in patients with extensive burns.

The purpose of the study. The aim of the work was to evaluate the clinical effectiveness of the use of modern wound coatings in the treatment of patients with deep and extensive burns.

Materials and methods of research. We have used modern wound coatings "Bicol-gel" and "Biocol". "Biocol-gel" is a sterilized jelly-like mixture of polysaccharides of plant origin that supports the physiological hydration of the wound, promotes the diffusion of bioregulators and the binding of toxins, the possible presence of antiseptics in the mixture (silver ions, chlorhexidine). "Biocol" is a biosynthetic wound film coating.

The results of the study. The study group included 35 patients (16 women, 19 men) aged 17 to 54 years (average age – 37.2 ± 4.2 years) with a total area of burn damage from 3 to 50% of the body surface (on average, $19.8 \pm 4.9\%$). In 24 patients, all burns were grade II-III, in the rest, the area of deep burn III-IV ranged from 2 to 15% of the body surface (on average, $5.8 \pm 1.5\%$). Wound coatings "Biocol-gel" and "Biocol" were used to treat only burns of II-III degree on an area of 2 to 15% of the body surface (on average $2.1 \pm 0.3\%$). Treatment was started on 1-8 days after the injury (on average, 4.7 ± 1.2 days). Bandages were performed every 2-3 days. In the absence of pronounced exudation, the dressing was left on the wound until complete epithelialization and independent separation. The duration of treatment ranged from 2 to 10 days (on average, 7.4 ± 0.7 days).

The comparison group consisted of 32 burned patients with a similar severity of injury, in whom treatment of burn wounds was carried out in the traditional way using gauze or cotton gauze bandages with Levomekol or furatsilinovaya ointments, as well as a solution of furatsilin or iodopyron.

Clinical evaluation of the results of treatment was carried out on the basis of visual monitoring of the course of the wound process, assessment of the amount and nature of the discharge, bleeding of wounds. The pain response both directly at the dressing and within 1 hour after the dressing was assessed subjectively by the strength of pain sensations on a 10–point scale, where 1 is the absence of sensations, and 10 is the maximum severity of pain.

Laboratory evaluation of the results was carried out on the basis of data obtained during cytological and microbiological studies of the Russian Academy of Sciences, as well as data from clinical and biochemical blood tests of urine, in dynamics.

From the second day from the moment of admission, within 5 days, both groups underwent regional lymphatic antibiotic therapy RLAT (composition- antibiotic, heparin, furosemide, novocaine), the scope of application was chosen depending on the pathology zone, 5-10 cm distal to the burn wound. The choice of antibiotics depended on the sensitivity of the microflora.

Conclusion. The development of cellular products intended for the treatment of burn and long-term non-healing wounds is receiving great attention all over the world, since the essential role of these products in restoring the integrity of the skin has been proven. To date, certain successes have been achieved - a number of skin equivalents have been developed and commercialized, which have found wide application in world practice.

IATROGENIC INJURIES OF THE EXTRAHEPATIC DUCTS DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

*Salakhidinov S.Z., Usmonov X.Q., Kadirov Sh.N.
Andijan State Medical Institute*

Actuality . The use of minimally invasive technology in surgery is an indisputable advantage of an alternative method of treating patients with calculous cholecystitis. In the developed countries of the world, the proportion of laparoscopic cholecystectomy (LC) is almost 97% of all cholecystectomy . At the same time, its implementation in 2.0-1.0% of cases is associated with great technical difficulties, which can cause serious errors and complications that require a highly professional surgical approach.

Objective of the study: to improve the results of surgical treatment of patients with iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts (EPB).

Material and methods: to the department of abdominal surgery of the Regional Multidisciplinary Medical Center and the department of emergency surgery of Jalalkuduk district for the period 2015 to 2022, 34 patients with "fresh" iatrogenic injuries of the upper tract during LCE were treated. The age of the patients ranged from 20 to 79 years. Of these , 9 men (26.4%) and 25 women (73.6%). 2 patients were transferred from other clinics 6-9 days after injury with biliary peritonitis. Intraoperative diagnosis of damage was based on the appearance of bile in the surgical field; in the postoperative period, the diagnosis was based on the patient's complaints of scleral jaundice, darkening of urine, acholic feces, bile secretion through drainage, clinical signs of peritoneal irritation, symptoms of obstructive jaundice, cholangitis. To determine the level of damage, ultrasound was used, as indicated by ERCP, fistulography , CT and MRCP.

Results. According to the nature of the damage to the bile ducts, the patients were distributed as follows: parietal damage 16; full intersection 11; clipping hepaticocholedoch 4; partially coagulative necrosis 3.

Depending on the timing of the detection of bile duct injuries, the patients were divided into 3 groups.

1. Injuries found during surgery in 9 patients. In this group, operations were completed as follows: 7 patients had a primary suture of the common bile duct on the drainage; In 2 cases, external drainage of the common bile duct was performed.

2. Damage was detected 5-8 days after surgery in 17 patients. In this group, 3 patients with various bile peritonitis and thin-walled choledochus made external drainage of the biliary

tract according to the method of Vishnevsky. 5 patients with complete clipping hepaticocholedochus, clips were removed and external drainage was performed on a T-shaped drainage in one case and hepaticojejunostomy was applied without a drainage-frame. A patient who has a T-shaped drainage, has periodic attacks of cholangitis. 8 patients with diffuse biliary peritonitis underwent hepaticojejunostomy on a loop isolated according to Roux with good results.

3. Injuries found after discharge from the hospital, 2-4 weeks after surgery 8 patients. In this group, patients were admitted with symptoms of obstructive jaundice, external biliary fistula. After preparation, stabilization of the condition, various types of hepaticojejunostomy were performed along the Roux loop.

Conclusions: The best results were obtained when performing hepaticojejunostomy on a Roux -en-isolated loop of the small intestine. The immediate postoperative period was uneventful, the patients were discharged on the 8-12th day in a satisfactory condition with normal liver function. Long-term results within 3-5 years were followed up in 19 patients. Good results were obtained in 11 patients who underwent hepaticojejunostomy without scaffold drainage. A satisfactory result was noted in 5 patients who, after removal of the drains from the bile ducts, are worried about recurrent pain in the right hypochondrium, attacks of cholangitis. In 3 patients who underwent primary plastic surgery of the choledochus, narrowing of the hepaticocholedochus developed within 6-15 months, which required endoscopic stenting.

Conclusion. With parietal wounds of the VZH detected during surgery, it is possible to perform suturing and drainage on a T-shaped drainage through the stump of the cystic duct. With complete intersection of the choledochus, primary plasty is performed, which in almost 100% of cases leads to stenosis. The operation of choice is frameless hepaticojejunostomy, which is performed with a precision operating technique using monofilament suture materials.

CHOICE OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Shavazi R.N.

Samarkand State Medical University

Relevance: The introduction of endosurgical technology eliminated one of the most significant drawbacks of traditional abdominal surgery, the discrepancy between traumatic access and minimal intervention on the organ itself.

Purpose of the study: Improvement of surgical methods for the treatment of liver echinococcosis using endovideo surgical technologies.

Materials and methods: 299 patients were operated on for echinococcosis. The main group consisted of 181 patients, who were conditionally divided into 3 groups: the first - 27 (14.9%) patients operated on laparoscopically, the second - 84 (46.4%) patients operated on by minilaparotomy and the third - 70 (38.7%) patients operated by laparotomy. 118 patients made up the control group, who could currently use minimally invasive surgical interventions. Laparoscopic echinococcectomy in compliance with the principles of parasiticity was undertaken in 27 patients with solitary uncomplicated hydatid cysts of the liver. Echinococcectomy from the liver was performed in 84 patients through minilaparotomy access. 70 patients underwent echinococcectomy from the liver through wide laparotomy accesses. At the same time, only upper median laparotomy was used in the main group of patients. During laparoscopic echinococcectomy, the removal of daughter bubbles and chitin membrane was carried out with a "trocar-extractor". In the surgical treatment of patients with liver echinococcosis, we consider it a priority to perform organ-preserving operations. In uncomplicated liver echinococcosis, we consider closed echinococcectomy to be indicated.

With festering echinococcosis of the liver, a semi-closed echinococcectomy was performed. This operation, in the presence of cystobiliary fistulas, was supplemented by their suturing, and in case of complications with obstructive jaundice and cholangitis, the operation was completed by draining the main bile ducts. Indications for pericystectomy were cases of marginal location of echinococcal cysts, their calcification.

Conclusions: A comparative analysis of the results of treatment of patients with liver echinococcosis shows that performing echinococcectomy operations from the liver through minimally invasive approaches did not lead to an increase in the number of postoperative complications compared with operations from the traditional laparotomic access (7.8% in the control group and 5.5% in the main group). At the same time, the terms of treatment of patients were significantly reduced (5.5 days in the main group and 13.6 days in the control group).

BILIAR PANKREATITNI KLINIK KECHISHINI GERONTOLOGIK XUSUSIYALARI

*Suyunov D.M. Xabibullaev A.P.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbliqi. Yevropa va Qo‘shma Shtatlarda o‘rtacha hisobda o‘tkir pankreatit bilan kasallanish yiliga 100 000 aholiga 11-23 kishini tashkil qiladi; 2000 yilda eng ko‘p kasallanish qayd yetilgan - 100 ming aholiga 40 kishi, shu jumladan surunkali pankreatitning kuchayishining og‘ir holatlari [3, 4]. Ko‘pgina mamlakatlarda O‘tkir pankreatitning eng keng tarqalgan sabablari xolelitiaz (30-50%) bo‘lib biliar pankreatit deyiladi va keyingi o‘rinda spirtli ichimliklar (20-30%) bo‘lib, alkogolli pankreatit deyiladi.

Ishning maqsadi: Gerontologik guruhga mansab aholi populyatsiyasida biliarli pankreatitning klinik kechishi xususiyatlarini aniqlash va baholash.

Material va metod. Farg‘ona viloyati ko‘p tarmoqli shifoxonasi va RShTYoIMFF da biliar etiologiyali pankreatit bilan davolangan 65-89 yoshli bmorlar taxlil qilindi. Ularda quyidagi fizikal tekshiruvda umumiy xolat, og‘riq sindromi xususiyatlari va jadalligi, intoksikatsiya simptomlari va markaziy xamda chetki gemodinamikaning buzilishlari aniqlanadi, o‘rganiladi peristalitik ichak shovqinlarini va xarakterli perkutorli va asukultativ simptomatikani aniqlandi; Dinamik ichak tutilishi bilan bog‘liq perkutor tovushlarni o‘zgarishi, qon aylanishi buzilishi (to‘xtovsiz qayd qilish negizida) kabilar baholandi. Kuzatuvlarimizda biliar pankreatit bilan og‘rigan keksa yoshdagi bemorlarni klinik belgilari yosh o‘tishi bilan turli darajadagi o‘zgarishlarga uchraydi. Og‘riq intensivligi 65-85 yosh oralig‘ida yaqqolrok namoyon bo‘ladi. 86 yoshdan boshlab esa og‘riqlar intensivligi pasayib aniy lokalizatsiyaga ega bo‘lmay qoladi. Ko‘ngil aynishi barcha bemorlarda ko‘zatilsada yosh o‘tishi bilan qayt qilishlar soni ortadi bu esa ichak parezini kariyalarda erta rivojlanishi bilan bog‘liq. Yuqorida aytilganidek qayt qilishlar sonini ortib borishi va qarilik xisobiga to‘qimalar suvsizlanishi keksa yoshli bemorlarda tez riovjlanib pipovolemik xolatga olib keladi. Bundan tashqari yosh o‘tishi bilan fermentativ aktivlik xam yuqori bo‘lmaganligi sababli diastazni Bu albatta bemorlarni xamrox xastaliklari va qabul qilayotgan dori vositalarigi bilan xam bog‘liq. Shunday ekan gerontologik bemorlarni diagnostikasi va davolash muolajalari uchun aloxida e‘tibor va qatiy talablarga rioya qilish zarur bo‘ladi.

Xulosa: Keksada odamlarda pankreatitni tashxislash va davolash bir qator qo‘shimcha holatlar tufayli qiyin muammo hisoblanadi: polimorbidlik, dori vositalarining farmakokinetikasining o‘zgarishi, kasallikning atipik kechishiga olib keladi, Shu sababli qariyalarda klinik tashxisni aniqlashda MSKT tekshiruv shu bilan birga alfa mikroglobulin miqdorini aniqlashga extiyoj tug‘uladi. Keksalarning ushbu xususiyatlarini bilish. bemor o‘z vaqtida tashxis qo‘yish va davolanishning yetarililigini ta‘minlaydi, asoratlarni oldini oladi va bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi.

BILIAR PANKREATIT RIVOJLANISHIDA XATAR OMILLARI.

*Suyunov D.M. Xabibullaev A.P. Ablakimov N.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbli. Oxirgi yillar adabiyotidagi taxlillar yana ko'rsatadi-ki, pankreatit bilan qo'proq 35-50 yoshdagilar xastalanishadi, birlamchi nogironlik-15%-ni, ilk 10 yil ichidagi pankreatit diagnozi qo'yilgandan keyingi davrda o'lim chastotasi -20%-ni va pankreatit asoratidan bo'ladigan o'lim 15-20%ni tashkil etadi [Schneider A.et.al.,2007; Belousova Ye.A va b.q., 2008]. Shuning uchun pankreatitni va uning xatar omillarini erta aniqlash xamda profilaktika qilish usullari ishlab chiqishi o'ta aqtab ilmiy muammo deb e'tirof etiladi.

Tadqiqotning maqsadi: Biliarli pankreatitning geront axolida xatar omillarini aniqlash. Geront axolida biliar pankreatit rivojlanishni oldini olish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Farg'ona viloyatida 94 ta erkak va ayollardan tashkil etilgan reprezentativ 65-89 yoshli axolida bir vaqti epidemiologik tekshiruv tashkil etildi va amalga oshiriladi. Biliar pankreatit bilan xastalangan bemorlar so'rovnomasida retrospektiv taxlil qilindi. Shunga ko'ra 94 nafar bemorni tekshirish natijalarini tahlil qilish xolelitiyoz va nazorat guruhidagi 94 kishi (65-89 yosh toifasi) yelastaz-1 ning patologik darajasi ko'proq tarqalganligini aniqladi o't pufagidagi toshlar bilan og'rikan bemorlarda (30%) yoshi bo'yicha ularga mos keladigan nazorat guruhining shaxslari guruhlar (19%). Qorinning yuqori qismida og'riqlar, meteorizm, intolerans kabi belgilar yog'lar ham tez-tez xolelitiyozli bemorlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, ERPXG ma'lumotlariga ko'ra, xolelitiyozli bemorlarda 77% hollarda surunkali biliar pankreatit aniqlanadi faqat 47% o't pufagida tosh bo'lmagan shaxslarda surunkali pankreatit aniqlanadi.

Surunkali qaytalanuvchi toshli xoletsistit tashxisi bilan xoletsistektomiya bajarilgandan keyin rivojlangan biliar pankreatit 30% xolatda kuzatilgan bo'lib ushbu bemordani barchasida tashrixdan oldin UTT da ma'da osti bezi lipomatozi aniqlangan.

Xulosa: 1.O't yo'llarida muammosi bor bemorlarda biliar pankreatit rivojlanish xavfini kamaytirish uchun avvalo me'da osti bezi lipomatoziga qarshi kurashish lozim. Buning uchun me'da osti bezi lipomatoziga sabab bo'luvchi zararli odatlar va xatar omillarni bartaraf etish kerak bo'ladi.

- O't yo'llari xirurgik kasalliklari bo'lgan bemorlarni tashrix oldi davrida me'da osti bezi lipomatozi bor yoki yo'qligini aniqlash kerak. Agarda ushbu gurux bemorlarda me'da osti bezi lipomatozi aniqlansa bemorlarda tashrix oldi davrida va tashrixdan keyingi davrda profilaktik antiferment terapiya o'tkazish tavsiya etiladi.
-

SURUNKALI BAKTERIAL VA POLIPOZLI ETMOIDITNING GENETIK XUSUSIYATLARI

*Tojiboyev A.A.
Otorinolarinologiya kafedrasida
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbli. Etmoiditning polipozik shakli KBB organlarining barcha patologiyalarining taxminan 20% ni tashkil qiladi. Kasallik giperplaziya (ortiqcha o'sish) va shilliq qavatning qalinlashishi bilan namoyon bo'ladi, bu burun bo'shlig'ining panjara labirinti, shuningdek, Polipoid o'sishi hosil bo'ladi. Polipozli etmoidit sinusit guruhiga kiradi — paranasal sinuslarda surunkali yallig'lanish jarayonlari.

Molekulyar-genetik texnologiyalarning rivojlanishi bilan kasalliklarga moyillikning genetik tarkibiy qismlarini rasmiylashtirish uchun keng imkoniyatlar ochildi. Shu bilan birga, inson genomini o'rganish va DNKni tahlil qilishning yuqori darajada samarali usullarini

ishlab chiqishda jahon ilmiy hamjamiyatining erishgan yutuqlariga qaramasdan, surunkali rinositning patogenezidagi ayrim aloqalarni qisman tushuntirib beradigan nisbatan kam sonli genlar hali ham ma'lum.

Tadqiqotning maqsadi. Surunkali bakterial va polipozli etmoiditning rivojlanishi va klinik xususiyatlariga genetik omillarning ta'sirini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Polipozli etmoiditli 869 bemorda miya kompyuterini o'rganish natijalarini tahlil qilish asosida, ko'p hollarda (64,3%) panjara labirinti hujayralariga ta'sir ko'rsatdi.

Tadqiqot natijalari. Surunkali polipozli etmoiditning patogenezida genlarning keng qamrovli ishtirokini o'rganishda (ksenobiyotiklarning biotransformatsiyasi, o'sish omillarining genlari 1 va 2 fazalarining fermentlari) gstp105 genining 1val variant alleli va funktsional ravishda nuqsonli polimorfizm del/del GSTT1 va oddiy polimorfizm + GSTT1 qarshilik omilidir. Polipozli etmoiditda shilliq qavatning muhim eozinofiliya aniqlandi. Eozinofillarning soni bemorlarning ushbu guruhida sog'lom odamning burun bo'shlig'ining sirini saqlashdan ko'ra ancha yuqori.

Yana bir bor yallig'lanish jarayoni va uning tarqalishi shakllantirishda suyak sinuslarining ahamiyatini tasdiqlaydi etmoidit (47,9%), izolyatsiya qilingan shakli ko'ra, eng tez-tez, kafti suyak hujayralari va boshqa Onp (16,4%) Birlashgan zarar ko'rgan. Ikkinchi eng tez-tez uchraydigan maxillalar sinus, ham suyak hujayralarining yallig'lanishi (34,4%) va etmoidit (19,05%) bilan birgalikda. Ushbu ma'lumotlar sinusitda shubha qilingan bemorlarga Onp kompyuter tomografiyasini amalga oshirishning muhimligini yana bir bor ta'kidlaydi. Onp ning faqat umumiy rentgenogrammasini bajarayotganda, panjara labirinti hujayralarini farqlash va ularni yallig'lanish jarayoniga jalb qilish darajasini aniqlash kamdan-kam hollarda mumkin. Shuning uchun, ko'plab adabiy manbalarda, eng tez-tez uchraydigan mandibulyar sinusning yallig'lanishi va lattaga o'xshash labirint hujayralari emas.

Shuni ta'kidlash kerakki, Kafes suyagidagi ikki tomonlama izolyatsiya qilingan yallig'lanish jarayoni bir tomonlama (2%) dan (10,47%) deyarli 5,87 marta tez-tez uchraydi. Bu, ehtimol, hujayralarning ko'pchiligi bir-biri bilan muloqot qiladigan, infeksiyaning tarqalishiga olib keladigan panjara labirintining murakkab me'morchiligi bilan bog'liq.

Bu taxmin, shuningdek, ikki tomonlama etmoiditning shakllanishida, boshqa sinuslarda yallig'lanish jarayoni ham tez-tez ikki tomonlama bo'lganligi bilan tasdiqlanadi. Biz buni murakkab Onp drenaj tizimi bilan bog'liq deb hisoblaymiz, unda panjara labirinti Markaziy aloqa bo'lib, u orqali ONPNING drenaj funksiyasining katta qismi amalga oshiriladi. Shuni ta'kidlash kerakki, Kafesli suyak hujayralarining bir tomonlama zararlanishi bilan bir tomonlama lezyon va boshqa ONPLAR ko'proq uchraydi. Shu bilan birga, yallig'lanish jarayoni ONPNI bir xil nomdagi va qarama-qarshi tomonga ta'sir qilishi mumkin. Ehtimol, bu holatda nafaqat panjara labirinti strukturasi o'ziga xos xususiyatlari, balki butun burun bo'shlig'i ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, bu yo'nalishda yallig'lanish jarayonining tarqalishi uchun sharoit yaratadi.

Xulosa. Tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar diagnostika strategiyasini aniqlash va ushbu patologiyaga ega bemorlarni boshqarish usullarini tanlash uchun otorinolaringologning amaliyotida qo'llanilishi mumkin.

Surunkali polipozli etmoidit uchun xavf guruhlarida genlarning polimorfik variantlarini aniqlash va ularni endonazal patologiyani rivojlanish xavfini baholashda qo'llash uchun molekulyar-genetik tadqiqotlar o'tkazish mumkin bo'ladi.

Biz yaratgan genlar polipozli etmoidit xavfini taxmin qilish uchun molekulyar genetik diagnostika markerlari paneliga kiritilishi mumkin.

Tadqiqot natijalari otorinolaringologning amaliy ishlarida qo'llanilishi mumkin, tibbiy profildagi universitetlarda va tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish kurslarida ma'ruza materiallariga kiritilgan.

SURUNKALI POLIPOZLI ETMOIDIT KECHISINING XUSUSIYATLARI

Tojiboyev A.A.
Otorinolaringologiya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarlighi. Hozirgi bosqichda tibbiy mikrobiologiyada surunkali yallig'lanish kasalliklarida yuzaga keladigan jarayonlar qayta ko'rib chiqiladi. Bakterial biyofilmlarning shakllanishi – mikroorganizmlarning doimiy shakllarini shakllantirish, shu jumladan, yuqumli jarayonning rivojlanish mexanizmlarini o'rganish maxsus biologik hodisaning mavjudligini hisobga olmaydi.

Biyofilmlarga qarshi antimikrobiyal peptidlar faoliyatini o'rganishga qaratilgan bir necha tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, biofilmning tuzilishiga kiritilgan mikrobial hujayralar laktoferrin kabi plankton hujayralariga qaraganda antibakterial preparatlarning ma'lum peptidlariga nisbatan kamroq sezgir. Surunkali rinosinusitning rivojlanishida rol o'ynashi haqida juda oz narsa ma'lum.

Ushbu masalalarni o'rganish otorinolaringologlar uchun juda muhimdir. Ushbu xususiyatlarni bilish asosida ishtirok etuvchi shifokor har bir alohida holatda individual yondashuvni topishi, etmoiditning rivojlanishining asosiy patogenetik yo'nalishlariga asoslangan eng munosib davolash usullarini tanlashi kerak.

Tadqiqotning maqsadi. Surunkali bakterial va polipozli etmoiditning klinik xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Polipozli etmoiditli 869 bemorda miya kompyuterini o'rganish natijalarini tahlil qilish asosida, ko'p hollarda (64,3%) panjara labirinti hujayralariga ta'sir ko'rsatdi.

Tadqiqot natijalari. Oldingi etmoidit eng keng tarqalgan (115 yoki 43%) bilan bizning ishda, suyak to'rtburchaklar, bir shakli, ikkinchi chastota (77 yoki 28,8%) edi - tashqi devorlar bilan nosimmetrik shakli, orbital bo'shlig'iga egilgan.

Orqa etmoidit bilan eng keng tarqalgan (20 yoki 52,6%) -to'rtburchak shakli. Orbitalar bo'shlig'iga o'ralgan tashqi devorlar bilan nosimmetrik shakl va konkav qog'oz plitalari bilan nosimmetrik shakl tez-tez (9 yoki 23,7%) kuzatildi. Etmoiditning "mozaik" shaklida eng tez-tez uchraydigan (70 yoki 36,9%) orbitalar bo'shlig'iga o'ralgan tashqi devorlar bilan nosimmetrik shakl edi. Izolyatsiya qilingan etmoidit bilan strukturaning barcha shakllari teng darajada tez-tez uchraydi (25 yoki 20%). Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, qafas labirinti hujayralarining umumiy zararlanishi deyarli teng darajada keng tarqalgan to'rtburchaklar shakli (14 yoki 36%) va orbitalar bo'shlig'iga (16 yoki 41%) o'ralgan tashqi devorlar bilan nosimmetrik shakl.

Turli lokalizatsiyadagi etmoidit bilan panjara labirintining strukturasi tahlil qilishda quyidagi natijalar olingan: oldingi va orqa etmoidit bilan, birinchi darajali septumlar suyak strukturasi ustunlik qiladi va shu bilan katta hajmdagi va muntazam shakldagi hujayralarni hosil qiladi - 77,5% va 76,5%. Etmoiditning "mozaik" shaklida, jarayon odatda kichik hujayralarda lokalize qilinadi va 2 va 3 tartibidagi septumlar grid labirinti tarkibida 77,8% tartibsizlik shaklidagi hujayralarni hosil qiladi.

Biz hujayralarning bunday xarakterli shakli (kichik, tartibsiz shakli) va yallig'lanish jarayonining shakllanishi tufayli "mozaik" bo'lishi mumkinligini taxmin qilamiz. Ya'ni, lattaga labirint hujayralarining tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari to'g'ridan-to'g'ri yallig'lanish jarayonining tabiati va darajasiga bog'liq bo'lishi mumkin. Shunday qilib, etmoidit sinusitning eng keng tarqalgan shakli bo'lib, yallig'lanish jarayonida paranasal sinuslarning qolgan qismini o'z ichiga oladi. Etmoiditning rivojlanish ehtimoli panjara labirintining anatomik tuzilishiga bog'liq.

Xulosa. Tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar diagnostika strategiyasini aniqlash va ushbu patologiyaga ega bemorlarni boshqarish usullarini tanlash uchun otorinologologning amaliyotida qo'llanilishi mumkin.

Ikki tomonlama etmoidit paydo bo'lganda, yallig'lanish jarayoni ko'pincha maxillalar sinusda uchraydi, so'ngra Kama shaklidagi va frontal sinuslarda chastotani kamaytirish maqsadida.

Katta hujayralar va septumlar 1 tartib oshiqni bilan panjara labirent tuzilishi bir to'rtburchaklar shaklida huzurida eng tez-tez "mozaik" etmoidit sodir septumlar 2 va 3 tartib bilan panjara suyak tarkibida kichik hujayralar ustunlik esa, old yoki orqa etmoidit rivojlantirish ehtimoli ko'proq bo'ladi.

EVALUATION OF THE EFFECT OF LYMPHATIC THERAPY AFTER LAPAROSCOPIC ABDOMINAL SURGERY

Usmonov X.Q. Kadirov Sh.N., Kadirov M.Sh.

Andijan State Medical Institute, Department of General Surgery

Relevance . Antibiotic therapy remains an important link in the complex of measures aimed at preventing and treating pathology of the abdominal organs. The method of endolymphatic and S.U. Dzhumabaev (1989) lymphotropic antibiotic therapy proposed by Yu.M. Levin et al . (1987) is increasingly being used in the complex treatment of pathology of the abdominal organs

Cases of the description of the joint use of the immunomodulator thymalin, standard solution of metronidazole for washing the abdominal cavity, for detoxification therapy of stone adsorbed charcoal, lymphotropic antibiotic therapy, have been little studied in the available literature, which served as the basis for this work.

Material and Methods . Over the past 10 years, we have performed various laparoscopic interventions in 2093 patients aged 17 to 84 years, including: cholecystectomy - 1071, appendectomy - 654, liver cystectomy - 67, echinococectomy (single-chamber) liver - 54, ovarian cystectomy - 108, dissection adhesions with adhesive intestinal obstruction -93, sanitation and drainage of the abdominal cavity with peritonitis -46.

The most frequent laparoscopic intervention was cholecystectomy , performed by us in 1071 observations.

Of the 1071 patients in history, 94 (8.7%) were operated on the abdominal organs, and 43 were operated on the upper floor of the abdominal cavity. 30 patients had a concomitant umbilical hernia.

In 893 observations LCE was performed without any technical difficulties. The average production time for LCE in this group was 45-60 minutes. In 78 cases, difficulties were noted during the intervention, as already noted above, in 76 cases leading to the transition to (conversion) open intervention.

Laparoscopic appendectomy in 654 patients, with acute simple appendicitis causing surgery in 18 cases, acute phlegmonous - 390 cases, acute gangrenous - in 246 cases.

In 93 cases, after partial resolution of adhesive intestinal obstruction, laparoscopic (adhelysis) dissection of adhesions was performed, after which the obstruction completely resolved.

In 46 cases, sanitation and drainage of the abdominal cavity was performed in acute diffuse peritonitis. In the postoperative period, 8 patients had to undergo relaparotomy due to ongoing peritonitis.

To improve the postoperative course, we used lymphatic antibiotic therapy for all patients; for this, a microirrigator of the round ligament of the liver, mesentery of the small intestine and round ligament of the uterus was installed during the operation. The technique of lymphotropic therapy of medicinal substances was carried out through a microirrigator , which was installed during the

operation. First, 40 ml of 0.25% solution of novocaine + heparin 5000 IU drip , then 40 ml of 0.25% novocaine + 1 ml of furosemide + thymalin 10 mg drip , then after 10-20 minutes diluted in 40 ml of 0.25% novocaine + disposable antibiotic dose (1 ml per minute). Treatment was carried out in two groups of patients. The first, main group - 463 patients treated with lymphotherapy and the second - the control group of 174 patients treated in the traditional way.

Conclusion . Thus , the analysis of the results of laparoscopic interventions with the use of lymphatic therapy for various pathologies of the abdominal organs shows that the use of laparoscopic lymphatic therapy can significantly reduce postoperative complications, mortality and significantly reduce the length of hospital stay of patients compared with the control group of patients.

THE CHOICE OF TACTICS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*Usmonov X.Q., Kadirov Sh.N., Salakhidinov S.Z.
Andijan State Medical Institute.*

Material and research methods . The paper analyzes the results of examination and surgical treatment of 85 patients with acute cholecystitis complicated by obstructive jaundice in the clinic from 2017 to 2022. Women -62, men -23. The average age is 5 years.

Changes in hepaticocholedochus in 66 patients (72.9%) were represented by choledocholithiasis , and in 10 cases it was combined with stenosis of the terminal part of the common choledochus . In other observations, the cause of the impaired outflow of bile into the duodenum was isolated papillostenosis -7 (8.2%). In all patients, changes in bileducts caused the development of obstructive jaundice, which in 9 patients was complicated by cholangitis. The duration of jaundice ranged from several hours to 3 weeks. The severity of the condition of 56 patients was aggravated by the presence of concomitant, often decompensated therapeutic diseases, which in 1/3 of patients acquired the character of competitive ones.

The tactics of treatment were determined taking into account the severity of the patients' condition, the severity of the clinical manifestations of acute cholecystitis and its complications, and the data of the preoperative examination of the biliary tract. This made it possible to judge the nature of changes in hepaticocholedochus and set indications for urgent decompressive intervention or radical surgery. With a high risk of surgery due to advanced age, the presence of severe comorbidities and intoxication that developed against the background of obstruction and infection of the biliary tract, indications were given for endoscopic retrograde contrast enhancement of the bile ducts (ERCP) to solve the decompression of the biliary tract.

Indications for endoscopic papillosphincterotomy (EPST) were choledocholithiasis with or without papillostenosis and isolated stenosis of the terminal common bile duct, which caused the development of obstructive jaundice and cholangitis. EPST was performed in all patients by the traditional cannulation method using a papillotome Delming .

The length of the incision occupied the entire length of the longitudinal fold from 1.5 to 2.5 cm, which ensured wide opening of the distal common bile duct. Small and medium calculi departed, as a rule, on their own , and large ones were removed using Dormin 's basket .

EPST was used as the first stage of surgical intervention in 65 patients (76.4%) after relief of an attack of acute cholecystitis.

After EPST, the tactics in relation to hepaticocholedochal calculi were characterized by certain features. In view of the initially serious condition of patients at the first stage of treatment, the main task

endoscopic surgery considered the elimination of purulent cholangitis by decompression and restoration of the passage of bile into the duodenum. With the help of EPST, choledocholithiasis was eliminated in 72 patients. In 4 patients

Large calculi of hepaticocholedochus could not be extracted. They were removed during a subsequent cholecystectomy and choledocholithotomy.

papillostenosis was eliminated in all patients with narrowing of the terminal section of the common bile duct. The latter circumstance allowed all operated patients to subsequently perform cholecystectomy did not resort to transduodenal papillosphincterotomy or choledochoduodenostomy.

Surgical operations without preliminary decompressive interventions on the biliary tract were performed in 4 patients. Surgical interventions at the height of acute cholecystitis and its complications were considered

forced, and performed them for emergency and urgent indications against the background of obstructive jaundice and cholangitis.

Conclusion : Thus, two-stage treatment (endoscopic decompression and surgery) in patients with acute cholecystitis complicated by obstructive jaundice can reduce the amount of surgical

interventions, especially at high risk

EVALUATION OF THE EFFECT OF LYMPHATIC THERAPY AFTER LAPAROSCOPIC ABDOMINAL SURGERY

*Usmonov X.Q. Kadirov Sh.N., Kadirov M.Sh.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Antibiotic therapy remains an important link in the complex of measures aimed at preventing and treating pathology of the abdominal organs. The method of endolymphatic and S.U. Dzhumabaev (1989) lymphotropic antibiotic therapy proposed by Yu.M. Levin et al. (1987) is increasingly being used in the complex treatment of pathology of the abdominal organs

Cases of the description of the joint use of the immunomodulator thymalin, standard solution of metronidazole for washing the abdominal cavity, for detoxification therapy of stone adsorbed charcoal, lymphotropic antibiotic therapy, have been little studied in the available literature, which served as the basis for this work.

Material and Methods. Over the past 10 years, we have performed various laparoscopic interventions in 2093 patients aged 17 to 84 years, including: cholecystectomy - 1071, appendectomy - 654, liver cystectomy - 67, echinococcectomy (single-chamber) liver - 54, ovarian cystectomy - 108, dissection adhesions with adhesive intestinal obstruction -93, sanitation and drainage of the abdominal cavity with peritonitis -46.

The most frequent laparoscopic intervention was cholecystectomy, performed by us in 1071 observations.

Of the 1071 patients in history, 94 (8.7%) were operated on the abdominal organs, and 43 were operated on the upper floor of the abdominal cavity. 30 patients had a concomitant umbilical hernia.

In 893 observations LCE was performed without any technical difficulties. The average production time for LCE in this group was 45-60 minutes. In 78 cases, difficulties were noted

during the intervention, as already noted above, in 76 cases leading to the transition to (conversion) open intervention.

Laparoscopic appendectomy in 654 patients, with acute simple appendicitis causing surgery in 18 cases, acute phlegmonous - 390 cases, acute gangrenous - in 246 cases.

In 93 cases, after partial resolution of adhesive intestinal obstruction, laparoscopic (adhelysis) dissection of adhesions was performed, after which the obstruction completely resolved.

In 46 cases, sanitation and drainage of the abdominal cavity was performed in acute diffuse peritonitis. In the postoperative period, 8 patients had to undergo relaparotomy due to ongoing peritonitis.

To improve the postoperative course, we used lymphatic antibiotic therapy for all patients; for this, a microirrigator of the round ligament of the liver, mesentery of the small intestine and round ligament of the uterus was installed during the operation. The technique of lymphotropic therapy of medicinal substances was carried out through a microirrigator , which was installed during the operation. First, 40 ml of 0.25% solution of novocaine + heparin 5000 IU drip , then 40 ml of 0.25% novocaine + 1 ml of furosemide + thymalin 10 mg drip , then after 10-20 minutes diluted in 40 ml of 0.25% novocaine + disposable antibiotic dose (1 ml per minute). Treatment was carried out in two groups of patients. The first, main group - 463 patients treated with lymphotherapy and the second - the control group of 174 patients treated in the traditional way.

Conclusion . Thus , the analysis of the results of laparoscopic interventions with the use of lymphatic therapy for various pathologies of the abdominal organs shows that the use of laparoscopic lymphatic therapy can significantly reduce postoperative complications, mortality and significantly reduce the length of hospital stay of patients compared with the control group of patients.

LEADING FACTORS TO CONVERSIONS IN ENDO VIDEO LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES

*Usmonov X.Q., Kodirov M.Sh., Kadirov Sh.N. Yuldoshev A.A.
Andijan State Medical Institute. Department of General Surgery*

Actualities . In recent years, the use of minimally invasive technology in surgery has undeniable advantages as an alternative method of treating patients with calculous cholecystitis. In the developed countries of the world, the proportion of laparoscopic cholecystectomy (LC) is almost 97% of all cholecystectomy . At the same time, its implementation in 1.0-9.1% of cases is associated with great technical difficulties, which can cause serious errors, complications, and the transition and transition of the conversion method to cholecystectomy .

The aim of the work was to study the causes of conversion in LCE for its preoperative prediction.

Material and Methods . In the last 10 years, various laparoscopic interventions were performed in 2093 patients aged 17 to 84 years, of which: cholecystectomy - 1071, women were 876 (82%), men 195 (18%). chronic calculous cholecystitis was diagnosed in 864 patients, acute - in 186, gallbladder polyposis - in 11, acute acalculous cholecystitis - in 6, chronic acalculous cholecystitis - in 4.

Preoperative examination of patients was carried out in accordance with generally accepted standards.

Preoperative preparation corresponded to the condition of the patients and comorbidities. The operation was performed under general endotracheal anesthesia. We used standard LCE kits from Karl Storz . Trocars were inserted into the abdominal wall through standard points . Reddick-Olsen .

Results. The conversion was performed in 68 (%) patients, of which: a pronounced inflammatory-infiltrative process in the subhepatic space was observed in 39, a contracted gallbladder - in 6, bleeding - in 4, iatrogenic damage to the choledochus - in 5, paravesical abscess -

in 9, limited local peritonitis - in 3, diffuse peritonitis - in 2 patients. Most often (for a patient), significant difficulties in performing LCE are inflammatory infiltrate in the region of the porta of the liver, gallbladder and hepatoduodenal ligament, which involves the greater omentum, stomach, duodenum and transverse colon.

It is possible to predict the possibility of transition from LCE to "open" cholecystectomy based on the algorithm of preoperative signs; the presence of signs of peritonitis, palpable painful bladder, high leukocytosis and increased ESR, a long history of the last attack, ultrasonic changes in the wall of the gallbladder and hepatopancreatoduodenal zone, the effectiveness of conservative treatment, the presence of postoperative scars on the anterior abdominal wall. LCE is contraindicated in obstructive jaundice, indurative and pseudotumorous pancreatitis, cholangitis, phlegmonous -gangrenous cholecystitis with peritonitis, perovesical infiltrate, severe adhesive process in the upper abdomen.

Conclusion : Thus, conversion in LCE is a necessary measure to avoid severe intra- and postoperative complications. It is possible to predict the possibility of switching from LChE to "open" cholecystectomy based on a number of clinical signs of the results of preoperative ultrasound and with strict observance of contraindications for performing LChE.

JIGAR SIRROZI TASHXISOTIDA ELASTOGRAFIYANING AHAMIYATI

Xakimov N.S., Jalalov I.A.

*Vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti tibbiy radiologiya va klinik laborator diagnostika kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. Ultratovush elastografiyasi bundan 20 yildan ko‘proq muqaddam amaliyotga tadbiiq etilgan, chunki, bu davrda ultratovushli qurilmalar keng qo‘llanila boshlangan edi. Faqat u tibbiyot amaliyotida emas, balki turli sohalardagi ilmiy rivojlanishlarda o‘z qo‘llanishini topgan. Bugungi kunda, u faol tibbiy amaliyotda ishlatiladigan tekshiruv usuliga aylandi va elastografiya to‘qimalardagi turli o‘smalar va patologik o‘zgarishlarni o‘rganishda, an’anaviy ultratovush kabi mashhur bo‘lib kelmoqda. Neoplazmaning turi va tuzilishini aniqlashda yuqori diagnostik samaradorlik tufayli elastografiya protsessi "virtual palpatsiya" deb ham ataladi.

Avvallari qator jigar kasalliklari, jumladan, sirroz tashxisi biopsiya yordamida tasdiqlangan. Bugungi kunda jigar sirrozi elastografiya tekshiruv usulidan foydalanib, nafaqat aniqlash, balki to‘qimalarning shikastlanish darajasini va kasallikning bosqichini aniqlab berishi mumkin.

Jigar sirrozidan tashqari, elastografiya yordamida yog‘li distrofiya, toksik jigar shikastlanishi, gepatit, gepatoz, shuningdek, jigar fibrozini, uning bosqichi va to‘qimalarning shikastlanish darajasini, intraperitoneal limfa tugunlarining holatini aniqlash mumkin.

Tadqiqot maqsadi. Izlanish maqsadi jigar o‘smalarining elastografiyasi yordamida tashxislashni takomillashtirishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot 44 erkak va 37 ayollarni o‘z ichiga olgan bo‘lib, o‘rtacha yosh 53 yil. Barcha bemorlarda ultratovush tekshiruvda gepatotsellullar rak (GSR) – 36, xolangiotsellyulyar rak (XSR)-b, kolorektal saraton metastazlari – 22, boshqa lokalizatsiyalar saraton metastazlari – 13, yaxshi sifatli hosilalar-4: 2 tugunli giperplaziya, 1 gepatotsellyulyar adenoma va 1 kavernoza gemangioma aniqlandi.

Izlanish natijalari. Elastogrammalarda yorug‘lik joylari ko‘proq elastik to‘qimalarga, qorong‘u joylari esa, qattiq to‘qimalarga to‘g‘ri keldi. Elastogrammalar atrofdagi jigar parenximasiga nisbatan qattiqlikiga qarab taqsimlangan: elastogrammada hosila jigar parenximasiga o‘xshash; jigar parenximasiga nisbatan qattiqroq; jigar parenximasiga nisbatan yumshoqroq konsistensiyaga ega bo‘ldi. Elastografiya, ayniqsa, izoexogen o‘choqlarda tashxisotni takomillashtirish, o‘simta chegaralarini yanada aniq belgilab imkonini berdi.

Yaxshi va yamon sifatli o'smalarni elastografiya bilan tashxislaganda muhimlik darajasi ishonchsiz ($p=0.07$), kompression elastografiyasi bilan esa – ishonchli ($p=0.05$) bo'ldi. Olingan ma'lumotlar ayrim bemorlar guruhidagi bemorlarning kamligi va kichik kapillyar gemangiomalarning ko'rinmasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Malignizatsiyalagan neoplazmalarning og'irligini aniqlashning ikki usulini taqqoslashda farq muhim emas ($p=0.7$), chunki guruhlardagi ko'rsatkichlar deyarli bir-biriga to'g'ri keldi, bu esa axborot mazmunining qiymatlari bilan tasdiqlanadi.

Bu invaziv bo'lmagan usul kasallikning bosqichini aniqlashda, ayniqsa, jarroxlik aralashuviga mutlaqo qarshi bo'lgan bemorlarda (masalan, JS bilan og'rikan bemorlarda gemofiliya va qon ketishining buzilishida) alohida qiziqish uyg'otadi.

Yuqori sifatli elastografiya o'smadan tashqarida infiltratsiya, neoplazmaning aniq chegaralarini aniqlashni yaxshilaydi. Bizning tahlilimizda elastografiya usuli bilan yomon va yaxshi sifatli saraton kasalliklarini tezkor farqlash mumkin. Agar yuqori sifatli elastografiyaning ikkala usuli qo'llanilsa, ular bir-birini to'ldirishi, o'choqlarning ichki tuzilishini noziklashtirishi mumkin. Elastografiyani amalga oshirishning muhim sharti-bu o'smaning o'zi va uning atrofidagi jigar parenximasining qattiqlanganligini taqqoslash, o'smaning tarqalishini aniqlashdir.

Taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, yuqori sifatli elastografiya kompression elastografiya bilan birga jigardagi malignizatsiyalagan neoplazmalarining vizualizatsiyasini yaxshilaydi va onkogeopatologiyada qo'shimcha diagnostika vositasi sifatida ishlatilishi mumkin.

Xulosa. Bilvosita jigar elastografiyasidan foydalanish tajribasi va hal qilinmagan ko'plab masalalarga qaramasdan, bu usul o'zini oddiy, takrorlanadigan va juda aniq (ayniqsa, jigar o'smalarining og'ir bosqichlarini aniqlash bilan bog'liq) tekshiruv usuli sifatida ko'rsatishga muvaffaq bo'ldi.

Albatta, jigar zichligining yoshga qarab o'zgarishi, shuningdek gemodinamik parametrlar ta'siri ostida, jigar patologiyasining tabiati kabi masalalarga oydinlik kiritish kerak. Ammo, bu usulning sog'liqni saqlash amaliyotida klinik qo'llanilishi fibrotik o'zgarishlarning u yoki bu bosqichi borligini etarlicha ishonch bilan aytish, kasallikning kechishini bashorat qilish va bemorning ahvolini kuzatish imkonini beradi.

JIGAR TURLI KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI NATIJALARINI BAHOLASH

Xakimov N.S., Nabiev R.R.

*Vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti tibbiy radiologiya va klinik
laborator diagnostika kafedrası*

*Ftiziatriya va pulmonologiya, mikrobiologiya, immunologiya va virusologiya
kafedrası*

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. So'nggi yillarda turli ko'rgazmali usullarning diagnostik algoritmini standartlashtirishga urinishlar bo'lmoqda. Ultratovush usullarini "oddiydan murakkabga" emas, balki ularning kombinatsiyasida qo'llash ma'lumotlarni talqin qilishda noaniqlikning oldini olishga yordam beradi. Ultratovush diagnostika usullari jigar joyini, hajmini, konturlari, tuzilishini, hosilalar mavjudligini baholash uchun ultra-tovush (V-rejimi); portal qon oqimini baholash uchun dopplerografiya (D-rejimi) va ultratovush elastografiyasi jigar parenximasi qattiqlik darajasini baholashlarni o'z ichiga oladi.

Ultratovush tekshiruvi jigar to'qimalarining diffuz o'zgarishlarini zamonaviy tashxisotida alohida o'rin tutadi. Bu jarayon asosan parenximaning keng ko'lamdagi o'zgarishlariga bog'liq bo'lib, natijada jigar sirrozining hosil bo'lishiga olib keladi. SHu sababli jigar parenximasi tuzilishidagi diffuz o'zgarishlarni va fibrozining boshlang'ich

bosqichlarini erta aniqlashda diagnostik algoritmi takomillashtirish bugungi kunda eng dolzarb masalalardan hisoblanadi.

Izlanish maqsadi. Bu ushbu tadqiqotning maqsadi ultratovush, Doppler va elastografik tadqiqotlar yordamida jigarda diffuz o‘zgarishlarni tahlil qilishdir.

Izlanish materiallari va usullari. Jigar parenximasida diffuz o‘zgarishlar mavjud bo‘lgan 10 yoshdan 65 yoshgacha bo‘lgan 46 bemorlar standart ultratovush diagnostikasining turli usullarida tekshirilib tahlil qilindi.

Izlanish natilari. Standart muntazam ultratovush texnologiyalari (V-rejimi) va portal qon oqimining tezlik ko‘rsatkichlari bilan bog‘liq muammolarni qayd etish kerak. Sonoelastografiya — zamonaviy ultratovush vizual texnologiyalari bilan bog‘liq xususiyatlarni hisobga olish uchun juda muhimdir. Diagnostik usulning har bir bosqichida bir xil ultratovush diagnostik usuli (V-rejim, D-rejim, elastografiya) turlicha holatni ko‘rsatishi mumkin: tanlash usuli, qo‘shimcha usul yoki differensial tashxis usuli. Ultratovush asboblaridan integral foydalanish klinik qarorlar qabul qilish uchun olingan ma‘lumotlarni to‘g‘ri ishlatilishiga yordam beradi. Diffuz jigar o‘zgarishlari turli etiologiyalar, metabolik va autoimmun jigar kasalliklari, surunkali gepatitlarda aniqlanadi va o‘ziga xos klinik ko‘rinishlarga ega emas.

Har bir bosqichda aniqlangan o‘zgarishlar diffuz jigar o‘zgarishlari haqida aniqroq va batafsilroq tasavvur beradi. Jigarni o‘rganish bo‘yicha Amerika uyushmasi hozirgacha yagona ishonchli mezon sifatida punksiya jigar biopsiyasini tan oldi. Biroq, nekrotik-yallig‘lanish jarayonlari va jigarda fibroz to‘qimaning shakllanishi geterogen ekanligi ma‘lum, shuning uchun "diagnostik xatolar" mavjud. Gistologik tekshiruv paytida jigar sirrozining kamligi 10 dan 25% gacha o‘zgaradi. Fibroz jarayon orasidagi tafovut 33% gacha. Bundan tashqari, natijalarni talqin qilish morfologning tajribasiga bog‘liq bo‘lib, u ma‘lum miqdorda sub‘ektivlikni beradi.

Biopsiya o‘tkazish tartibi shundaki, kamida 1 kun davomida bemor kasalxonaga, kichik operatsion xonaga, bir necha mutaxassisliklar shifokorlarini jalb etilishini talab qiladi. Natijani uzoq kutish, kamida 10 kun. Bu barcha omillar jigar biopsiyasi nomukammal oltin standarti deb atash mumkin.

Xulosa. Sog‘lom jigar parenximasining exostrukturasi bir jinsli, mayda donador yoki o‘rta donador bo‘ladi. Jigarning exkogenligi buyrak parenximasining exogenligiga nisbatan solishtirma yoki birmuncha yuqori bo‘lib, taloqning exogenligidan doim past bo‘ladi. V-rejimning imkoniyatlari Doppler tadqiqot usullarining qo‘shilishi bilan kengayadi.

Jigar venalarining diametri pastki kovak vena bilan tutashish joyidan 2 sm masofada o‘lchanadi. Jigar venalari devorlarining aniq vizualizatsiyasi yo‘qligi bilan ajralib turadi. Rangli Doppler rejimida jigar venalari ko‘k rangli spektrga ega, bu normal gepatofugal qon oqimiga mos keladi.

JIGAR PARENXIMASINING JIDDIY KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI

Xakimov N.S., Xakimova R.A.

*Vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti tibbiy radiologiya va klinik
laborator diagnostika kafedrası*

*Ftiziatriya va pulmonologiya, mikrobiologiya, immunologiya va virusologiya
kafedrası*

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbliigi. Maqolada jigar parenximasidagi diffuz o‘zgarishlarni baholashda ultratovush usullarining diagnostik imkoniyatlarini tahlil qilish natijalari keltirilgan. Ultratovush (V-rejimi), jigar ultratovush elastografiyasi va portal qon oqimining Doppler tekshiruvlari (D-rejim) o‘rtasidagi o‘zaro ta’sirlar o‘rganildi. Hattoki V-rejimda jigar

parenximasining exostrukturasi va exogenligi o'zgarishiga ham oddiy ultratovush tekshiruvda siljish to'liqlik elastografiyani qo'llash maqsadga muvofiq, degan xulosaga kelindi. Portal qon oqimining doppler tekshiruvi - bu qon oqimi parametrlarining o'zgarishiga asoslanib, jigarning diffuz o'zgarishlarini bilvosita gumon qilishga imkon beruvchi qo'shimcha usul, lekin portal gipertenziyasini tashxislash usuli emas.

Izlanish maqsadi. Bu ushbu tadqiqotning maqsadi ultratovush, Doppler va elastografik tadqiqotlar yordamida jigarda diffuz o'zgarishlarni tahlil qilishdir.

Izlanish materiallari va usullari. Jigar parenximasida diffuz o'zgarishlar mavjud bo'lgan 10 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 46 bemorlar standart ultratovush diagnostikasining turli usullarida tekshirilib tahlil qilindi.

Izlanish natilari. Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi ultratovush ma'lumotlariga ko'ra, jigar o'lchami 73% bemorlarda me'yoriy oraliqda bo'lib, 17% da o'rtacha kattalashgan, 10% da sezilarli darajada kattalashgan. Ko'pincha chap qism qalinlashishi, o'ng qism qiyshiq-vertikal o'lchamda kamroq qalinlashganligi kuzatildi. 98% hollarda jigar konturi silliq, 2% bemorlarda esa bir oz to'liqsimon ko'rinishda bo'ldi. Bemorlarning yarmida parenxima exogenligi (50%) normal, 6% da — aralash (diffuz-fokal), 44% da — kuchayganligi kuzatildi, ekogenlik susayishi esa hech bir bemorda aniqlanmadi. Jigar parenximasi exotarkibi: 72% bemorlarda bir jinsli (o'rtadonador), 27% da diffuz — geterogen (mayda donador, yirik donador), 3% bemorlarda Distal aks-sado susayishi kuzatildi.

Naysimon tuzilmalar devorlari va diafragma vizualizatsiyasining zaiflashuvi 7% da aniqlandi. Portal venasining diametri o'rtacha 11.5 ± 0.21 mm., qon harakati tezligi 17.5 ± 3.5 sm/s. jigar qon tomir indeksi o'rtacha 19.5 ± 4.5 sm / s, hech bir bemorda 12 sm / s dan kam qiymati kuzatilmadi.

Bir bemorda kindik venasining qayta tiklanishi va tos bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlandi, gepatosplenomegaliya kuzatilmadi, jigarning exogenligi buyrakning kortikal qatlamidan bir oz yuqori bo'ldi, exostruktura bir hil ko'rinishga ega edi.

Kompression elastografiyasi paytida jigar fibroz indeksi (LFI) o'rtacha 2.6 cu ni tashkil etdi. TE natijalariga ko'ra o'rtacha qattiqlik ko'rsatkichi 9.5 kpa ni tashkil etdi. Siljish to'liqlik elastografiya (2D-SWE) natijalariga ko'ra: o'rtacha siljish to'liqlik bosimi 8.5 ± 1.0 kpa, KEG, TE va ESV davrida olingan ma'lumotlarda o'zaro sezilarli ziddiyatlar topilmadi.

Elastografiya ko'rsatkichlari natijalari tahlil qilinganda quyidagi ko'rinish hosil bo'ldi: F0-48%, F1-25%, F2-24%, F3- 3%, F4 – hech bir bemorda aniqlanmadi.

Xulosa. Jigar ultratovush tekshiruvining V-rejimida jigar parenximasidagi diffuz o'zgarishlar to'g'ridan-to'g'ri bog'liqligiga qaramay, elastografiya tekshiruvda fibroz bosqichlari bilan portal qon oqimi parametrlari o'rtasidagi o'zgarishlar yo'qligi jigar fibrozining turli bosqichlaridagi past axborot mazmunini tasdiqlandi. Bu shuni anglatadiki, patologik jarayonning bosqichini faqat ultratovush orqali qabul qilish qiyin. Murakkab holatlarda ultratovush tekshiruvining turli usullari birlashtirilishi bir usuldan ko'ra aniqroq baholashga olib keladi. Elastografiya, ultratovush va Dopplerografiya bir-birini to'ldiradi va jigar ultratovushining diagnostik samaradorligini oshiradi. O'z vaqtida, monand davo choralarini amalga oshirish uchun bemor holatini dinamik diagnostik monitoring qilinishi zaruriyati yuzaga keladi. Buni amalga oshirish uchun esa diagnostik ultratovush vositalari, tekshiruv usullarini to'g'ri tanlash lozim bo'ladi va shu orqali kasallikning og'ir asoratlarni oldini olish mumkin bo'ladi.

ME‘DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI.

Xasanov D.SH.

Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuni dolzarbligi: Me‘da saratoni davolash zamonaviy onkologiyani dolzarb muuommolaridan bulib qolmoqda. Xozirgi kunda me‘da saratoni dunyoda xavfli o‘smalar keltirib chiqaruvchi o‘lim ko‘rsatkichi bo‘yicha o‘pka saratonidan so‘ng 2-o‘rinni egallab turibdi. Maxsus davo o‘tkazilmagan disseminatsiyalashgan me‘da saratoni bilan bemorlar yashovchanlik medianasi 3-4 oyni tashkil qiladi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki bu bemorlarda ximioterapiya yashovchanlik kursatkichini 3 oydan 10 oygacha ortiradi.

Tadqiqot maxsadi: Disseminatsiyalashgan me‘da saratoni davo natijalarini yaxshilash.

Material va uslublar: Tadqiqot 2018-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali ximioterapiya bo‘limida disseminatsiyalashgan me‘da saratoni tashxisi bilan davolangan 44 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan. Bemorlar 2 guruxga bo‘linib o‘rganilgan, 1-gurux PF. sxemada, 2-guruxga DCF sxemada ximioterapiya o‘tkazilgan.

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

O‘tkazilgan davoga ob‘ektiv javob 1-guruxda- 10,7%, 2-guruxda- 44,2%, jarayon stabilizatsiyasi 44,8%- 67,1%, xayot davomiyligi medianasi o‘rtacha 8,5 oy, 12,2 oy, 1 yillik umumiy yashovchanlik 31,0% -46,1% birinchi va ikkinchi guruxda mos ravishda tashkil qilgan.

Xulosa: Disseminatsiyalashgan me‘da saratonida DCF sxemada ximioterapiya xayot davomiyligi medianasi o‘rtacha 3,7 oyga ortiradi va kasallik stabilizatsiya vaqtini 23,7%ga uzaytiradi.

ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI
KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASHDAGI O‘RNI

Xasanov D.SH., Mamarasulova D.Z., Urmanboeva D.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti.

Mavzuni dolzarbligi: Sut bezi saratoni boshqa xavfli o‘sma kasalliklari bilan taqqoslanganda ayollar o‘limiga eng ko‘p olib keluvchi sabablardan biri hisoblanib, so‘nggi o‘n yilda Respublika onkologik kasalliklar strukturasi birinchi o‘rinni egallab kelayotgan keng tarqalgan xavfli o‘sma sanaladi. Sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini diagnostikasida ultratovush tekshiruvini bez to‘qimasi xolati, regional limfa tugunlari o‘zgarishlar xolatini to‘liq aniqlash imkonini beruvchi usul hisoblanadi.

Tadqiqot maxsadi: Sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini erta tashxislashda ultratovush tekshiruvini imkoniyatlarini o‘rganish.

Material va uslublar: Tadqiqot 2019-2021 yillarda Andijon shahri va Andijon tumanida istiqomat qiluvchi 20-60 yosh ayollar orasida olib borilgan profilaktik ko‘ruv davomida sut bezlari ultratovush tekshiruvini natijalari tahlil qilishga asoslangan.

Tadqiqot natijalari: Andijon shaharida profilaktik ko'ruv davomida sut bezlari ultratovush tekshiruvi o'tgan jami 1116 nafar ayolda quyidagi natijalar ko'rildi: sog'lom ayollar 535 (49,7%), fibroz-kistoz mastopatiya 163 (14,6%), fibroz mastopatiya 140 (12,5%), tugunli mastopatiya 64 (5,7%), diffuz mastopatiya 30 (2,68%), sut bezi kistoz zararlanishi 95 (8,51%), fibroadenoma 13 (1,16%), Mins kasalligi 13 (1,16%) va havfli o'smaga gumon 11 (0,98%). Galaktotsele, ateroma va lipoma kabi boshqa kasalliklar 2 (0,26%) va 1 (0,089%) nafar ayolda aniqlangan. Andijon tumanida jami 1065 nafar ayoldan 530 nafarida (49,8%) sut bezida turli patologik xolatlar aniqlangan, 130 nafar (12,2%) fibroz mastopatiya, 153 nafar (14,3%) fibroz-kistoz mastopatiya va 54 nafari (5%) tugunli mastopatiya, qolgan kasalliklar mos ravishda ozroq foizlarda uchradi. Ikkiala xududda xam olingan natijalarga ko'ra, tekshirilgan ayollarning 50 foizida sut bezida turli patologik xolatlari aniqlandi.

Xulosa: Tadqiqot natijalari sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini erta tashxislashda ultratovush tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.

MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA VA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVILARNI TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASIDAGI O'RNI

Xasanov D.SH.

Andijon davlat tibbiyot instituti.

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 tekshiruvi 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 tekshiruvi va magnit-rezonans tomografiya imkoniyatlarini o'rganish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2019-2021 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 tekshiruvi o'sma xajmi T mezonga ko'ra, sezuvchanlik 88,1%, spetsifiklik - 94,0%, umumiy aniqlik - 93,8% ni tashkil etdi. Mazkur kasallikda transabdominal ultratovush tekshiruvi 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 tekshiruvi 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 tekshiruvi 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 tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.

STABIL STENOKARDIYA FK II-III DATERI ORQALI KORONAR
ARALASHUVDAN KEYIN STATINLAR TERAPIYASIGA RIOYA QILISH

*Xusinova Sh. A., Soleeva S. Sh., Sulaymanova N. E.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti*

Maqsad. Statin terapiyasiga rioya qilish va uning yurak-qon tomir asoratlari rivojlanishi bilan bog'liqligini 2 yillik kuzatuvda teri orqali koronar aralashuvdan keyin barqaror zo'riqish stenokardiya bilan bo'lgan bemorlarni o'rganish.

Materiallar va usullar. Tadqiqot Samarqand viloyat ko'ptarmoqli tibbiyot markazida (SVKTM) o'tkazildi. Ushbu tadqiqotda zo'riqish stenokardiyasi bilan 57 bemor (81% erkaklar, o'rtachayoshi 60,3) ixtiyoriy teri orqali koronar aralashuv uchun shifoxonaga yotqizilgan. Barcha bemorlarga barqaror stenokardiya, shu jumladan statinlarni davolash bo'yicha tavsiyalarga muvofiq terapiya buyurilgan. Aralashuvdan so'ng statin terapiyasiga rioya qilish 1 yildan keyin telefon so'rovi bilan va 2 yildan keyin ambulatoriya tekshiruvi va so'rovnomani to'ldirish bilan baholandi. Shifoxonadan chiqqandan keyin sodir bo'lgan yakuniy nuqtalar (yurak-qon tomir va barcha sabablar, o'limga olib kelmaydigan miokard infarkti, o'limga olib kelmaydigan o'tkir serebrovaskulyar buzilish, takroriy koronar revaskulyarizatsiya) va ularning lipidlarni kamaytiradigan terapiyaga rioya qilish bilan bog'liqligi.

Natijalar. Kuzatuvdavi 3,4 oydan 24,6 oygacha (o'rtacha 22,5 oy) bo'lgan, teri orqali koronar aralashuvdan keyin bir yil o'tgach, 49 (85,4%) bemor statinlarni qabul qilishni davom ettirayotganliklarini xabar qilishgan. 2 yildan keyin 38 (66,2%) bemor statinlarni qabul qilishni davom ettirdi. Preparatlar past dozalarda (atorvastatin, rosuvastatin - 10 va 20 mg) olingan va faqat 8,5% odamlarda past zichlikdagi lipoprotein xolesterin –XS LNP (<1,8 mmol / l) maqsadli darajasiga ega bo'lgan. Yurak qon tomirlari asoratlarning kuzatuvdavid (o'lim, o'limga olib kelmaydigan miokard infarkti va insult, takroriy koronar revaskulyarizatsiya) 24% holatlar qayd etilgan. Jami 3 (5,1%) kishi vafot etdgan, ulardan 1 (0,7%) - yurak bilan bog'liq bo'lmagan sabablarga ko'ra, 7 (12,9%) bemorda takroriy revaskulyarizatsiya rivojlangan, 2 (3%) bemorda o'limga olib kelmaydigan miokard infarkti va insult kuzatildi va 1 (0,7%) bemor. Kuzatuvning birinchi yilida statinlarni qabul qilishni davom ettirgan bemorlarda yurak qon tomir asoratlari hodisalari kamroq bo'lgan, ya'ni davolashni to'xtatgan bemorlar guruhidagi 9% ga nisbatan 16,7% to'g'ri kelgan. 2 yildan keyin yurak qon tomir asoratlari hodisalarining umumiy soni farq qilmadi, ammo statinlarni qabul qilishni davom ettirgan bemorlar guruhida o'limlar kamroq qayd etilgan (davolashni to'xtatgan bemorlar guruhida 2,9% ga nisbatan 9,3%; $p = 0,03$).

Xulosa. Kuzatuvning birinchi yilida ham, teri orqali koronar aralashuvdan keyin ham 2 yil o'tgach, past zichlikdagi statinlarni kichik dozalarda qo'llash va statin terapiyasiga rioya qilish sezilarli darajada yaxshi statistik natijalarga olib keladi.

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ
ГОЛОВНОГО МОЗГА

*АБДУЛЛАЕВ А.С., КУЧКОРОВА Ф.
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ – РЕАНИМАТОЛОГИИ*

Цель исследования. Оценка клиническо-лабораторных данных метаболизма у женщин с инфарктом в полушариях головного мозга.

Материалы и методы. В исследование входили 20 женщины с клинической картиной инфаркта головного мозга, условно разделены на 2 группы по 10 человек в

каждой. Средний возраст составляет $28,9 \pm 6,75$. Все пациентки были госпитализированы в ОРИТ для больных ОНМК Клинике АГМИ г. Андижан с клинической картиной инфаркта в полушариях мозга. Проводилась оценка неврологического статуса по шкале NIH-NINDS, клинико-лабораторный мониторинг по показателям крови: лактата, артериовенозной разницы по кислороду ($ABPO_2$).

Женщинам 1-й группы проводился системный тромболитический препаратом АКТИЛИЗЕ в рамках «терапевтического окна». Женщины 2-й группы поступали вне периода «терапевтического окна» и им проводилась консервативная терапия.

Результаты и обсуждение. Уровень лактата в артериальной крови у пациенток 2-х групп сохранялся весь период исследования относительно постоянным в период наблюдения: (1-я группа: $1,40 \pm 0,46$; 2-я группа: $1,42 \pm 0,60$). Выявлены исходно значительные различия в 2-х группах наблюдения по уровню лактата в венозной крови локтевой и яремной вен, преимущественно на стороне очага мозгового инфаркта. Показатель лактата в венозной крови яремных вен был выше, чем в крови локтевых вен, в период лечения женщин обеих групп. С 10 суток лечения, отмечено снижение показателя лактата в венозной крови яремных вен на стороне инфаркта мозга у женщин 2-х групп, что свидетельствует о стабилизации состояния больных, косвенных признаках повышения реактивности организма и роста синтеза макроэргов в зоне инфаркта мозга.

Женщины групп исследования исходно были сопоставимы по шкале NIH: у женщин 1-й группы средний балл составил $14,4 \pm 3,2$, а у больных 2-й группы $12,6 \pm 2,6$ балла. При выписке на амбулаторное лечение у женщин в 2-х группах лечения, отмечена положительная динамика неврологического дефицита: в 1-й группе пациенток, где средний балл составил $7,6 \pm 2,4$, а во 2-й $8,8 \pm 2,8$.

$ABPO_2$ в венозной крови яремных вен 2-х групп исследования снижалась в динамике с 1-го дня исследования, к выписке. Уровень $ABPO_2$ был значительно выше в сопоставимые сроки по яремным венам на стороне инфаркта мозга, по сравнению с аналогичным показателем по локтевым венам в период лечения. Высокий уровень $ABPO_2$ по венозной крови яремных вен на стороне инфаркта мозга в 2-х группах наблюдения, объясняется низкими показателями pO_2 , вследствие интенсивной утилизации кислорода мозгом.

Выводы. За время исследования выявлены изменения основных показателей метаболизма мозга, что свидетельствует о дефиците макроэргов в клетках мозга, депрессии функции утилизации продуктов оксидантного стресса при инфаркте головного мозга. В ходе проведенного лечения выявлена хорошая динамика неврологического статуса в обеих группах наблюдения. Снизилась потребность в утилизации кислорода крови пораженным полушарием мозга в обеих группах исследования.

**ПРИМЕНЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ТРЕНАЖЕРОВ ПРИ ОТЛУЧЕНИИ ОТ
ИВЛ
ТАКТИКА АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

*Алибоев М.Р., Бозоров Н.Э
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 за грудиной, 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 за грудного 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.

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

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты хирургического лечения 41 больных за грудиной расположенной щитовидной железой. Среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 17 (42%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (5%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (12%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (19%) – с аденомой щитовидной железы и 3 (7%) пациента с тиреоидной карциномой.

При обследовании больных мы придавали особенное значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, компьютерная и магнитнорезонансная томография органов шеи и средостения.

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. Важным условием при этом является, в первую очередь, полная мобилизация верхнего полюса и средней части щитовидной железы. При данном способе для облегчения мобилизации за грудиной 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. 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 за грудиной 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.

ТАКТИКА АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПРИ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Алибоев М.Р., Бозоров Н.Э
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 «вылуцивания» нижнего тиреоидного полюса. Кроме того, нередко требуется переход на более травматичные вмешательства, а именно стернотомию или торакотомию.

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

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты хирургического лечения 41 больного загрудинно расположенной щитовидной железой. Среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 17 (42%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (5%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (12%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (19%) – с аденомой щитовидной железы и 3 (7%) пациента с тиреоидной карциномой.

При обследовании больных мы придавали особенное значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, компьютерная и магнитнорезонансная томография органов шеи и средостения.

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. 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. 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.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЕ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ

*Алимухамедова Феруза Шавкатовна, Phd., младший научный сотрудник,
травматолог-ортопед, feruzaash@mail.ru*

*Джурраев Ахрорбек Махмудович, д.м.н., профессор, заведующий отделением детской
ортопедии, axrorbek@gmail.com*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент, Узбекистан*

Резюме. Высокое стояние лопатки среди ортопедических заболеваний врожденного генеза по частоте встречаемости составляют 0,2-1% и относятся к числу первичных врожденных деформаций. Высокое стояние лопатки является достаточно актуальной, в связи с тем, что при имеющихся классификациях не указаны некоторые формы деформации лопатки, при которых применение общеизвестных методов оперативного лечения не обеспечивает устранения данных деформаций, что в свою очередь побуждает специалистов к дальнейшему изучению вопросов диагностики и лечения. ГУ РСНПМЦТО произведено диагностика и лечение 88 детей с болезнью Шпренгеля за период с 2010 по 2021г. Наши наблюдения показали хороших анатомических результатов в 80,0% наблюдениях и функциональных результатов у 85,0% детей.

Введение. Болезнь Шпренгеля или врожденное высокое стояние лопатки – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки. Ряд вопросов диагностики и лечения врожденного высокого стояния лопатки у детей недостаточно изучены. В проведенных исследованиях недостаточное внимание уделено аномальной форме лопаточной кости. Нуждаются в дальнейших исследованиях вопросы возникновения рецидивов и осложнений после различных операций, недостаточная коррекция деформации, развитие контрактур в суставах верхних конечностей и коррекция формы лопаточной кости при оперативном лечении болезни Шпренгеля у детей.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения болезни Шпренгеля у детей путем разработки новых методов хирургической коррекции деформаций формы лопаточной кости.

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО с 2005 по 2021 годы находились на стационарном лечении 88 детей с врожденным высоким стоянием лопатки в возрасте от 3 до 14 лет. Из них мальчиков было 24 (27,3 %), девочек – 64 (72,7 %). Для диагностики применяли следующие методы исследования: параклинические, клинические и инструментальные такие как, цифровая рентгенография, ЭНМГ, МСКТ. Оперативное лечение проведено у 90 больных детей, из них произведено коррекцию вогнутой деформации лопаточной кости у 34 больных, коррекцию смешанной деформацией лопаточной кости 28 больных, реконструкции крючкообразной деформации лопаточной кости у 22 больных кроме того, лопаточная кость без деформации было у 5 больных.

Результаты и обсуждение. Наши наблюдения показали, что анатомо-косметические результаты после операции у детей с высоким стоянием лопатки зависели от тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и проведенных

операций. Предложенные методы коррекции патологически измененной формы лопатки позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с болезнью Шпренгеля. Удалось достичь хороших анатомических результатов в 80,0% наблюдениях и функциональных результатов у 85,0% детей.

Выводы. Наши наблюдения показали, что для профилактики развития деформаций лопатки по мере роста детей целесообразно всесторонне оценить состояние изменения формы лопаточной кости и произвести коррекцию во время операции. Кроме того, оперативное лечение целесообразно проводить дифференцированно с учетом формы и тяжести заболевания. Обязательным условием является полная коррекция и адаптация к поверхности грудной клетки проксимального отдела и тела лопаточной кости. Нами предложенный метод коррекции патологически измененной формы лопатки позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с болезнью Шпренгеля.

Ключевые слова: Лопатка, плечо, позвоночник, грудная клетка, деформация, мышца, дети.

ГЕМОСТАЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ

*Аллазов С.А., Аллазов.И.С., Искандаров Ю.Н.
Самаркандского государственного медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан*

Цель исследования: Изучение возможностей применения альтернативных способов гемостаза операционных ран, в частности обработки ран настоем лагохилуса опьяняющего.

Материал и методы: Проводилось сравнительное исследование различных способов гемостаза операционных ран (лигирование, электрокоагуляция и настоек или настойка лагохилуса) у 220 больных с урологической патологией, требующей проведения оперативного вмешательства. Из них у 148 была выполнена операция на почке, у 23 – на мочеточнике, у 35 – на мочевом пузыре и у 14 – на органах мошонки.

Способ гемостаза препаратами лагохилуса опьяняющего, (разрешенные фармакопеей как местного гемостатика) заключается в следующем: после разреза кожи и подкожной жировой клетчатки к поверхности операционной раны прикладывается стерильная марлевая турунда обильно пропитанной настоем лагохилуса и прижимается к ране в течение 2-3 минут. Турунда удаляется и при необходимости, в случае продолжающегося кровотечения, эту процедуру можно повторить ещё 2-3 раз до полной остановки кровотечения. В противном случае прибегали к термическим или механическим способам гемостаза.

Результаты исследования: Гемостаз операционных при хирургических разрезах осуществляется приложением турунды, пропитанной спиртом, электрокоагуляцией, лигированием или ушиванием. Но каждый из них кроме преимуществ имеют и недостатки: дубирование спиртом, прижигание тканей при термокоагуляции, оставление лигатур в операционной ране при лигировании или ушивании. В тоже время препараты лагохилуса обладают только положительными свойствами в отношении операционных ран при гемостазе в области хирургических разрезов. Так, при люмботомии из 48 больных у 32 удалось добиться гемостаза настоем или настойкой лагохилуса, у 9 – термокоагуляцией и у остальных 7 – перевязкой или ушиванием кровоточащего сосуда. При уретеротомии у 16 больных гемостаз достигнут применением препаратов лагохилуса, 5 – термокоагуляцией и у 2 – перевязкой сосудов. При цистотомии из 35 больных у 24 кровотечение остановлено применением препаратов лагохилуса, у 7 больных применяли термокоагуляцию и у 4 больных

осуществили перевязку сосудов в ране. При операциях на органах мошонки в 11 случаях гемостаз осуществлен применением настоя или настойки лагохилуса, в 2-х случаях – термокоагуляцией и у 1 больного – перевязкой сосудов на ране.

Следует отметить, что использование фармакологических методов гемостаза, таких, как обработка водной, либо спиртовой настойкой лагохилуса, позволяет улучшить результаты проводимых оперативных вмешательств, оптимизировать имеющиеся гемостатические методы. В основном больные были оперированы под регионарной анестезией – спинальной или перидуральной. При наличии противопоказаний к эти методам анестезии применялся метод внутривенной анестезии с мышечными релаксантами и ИВЛ.

Выводы: Настой или настойка местного гемостатика лагохилуса являются надежными кровоостанавливающими средствами, неинвазивным для ткани в области разреза.

ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ЛАГОХИЛУСОМ ПРИ МАССИВНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ГЕМАТУРИЯХ

*Аллазов С.А., Махмудов Ш.Б., Аллазов И.С., Латипов Н.Ф.
Самаркандского государственного медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан.*

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

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

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

Результаты исследования: Применение настоя лагохилуса в виде инстилляций способствует прекращению кровотечения из уретры или мочевого пузыря в течение от 10 мин до 1 часа. Временное (в течении 5-6 мин) приложение турунды, смоченной настоем и настойкой лагохилуса в ложе аденомы из 32 больных с уретроррагией у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут отмечалась остановка кровотечения, 2-х пришлось прибегнуть электрокоагуляции, а у одного – к ушиванию.

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

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

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

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

ОЦЕНКА АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Арзикулов А.Ш., Маматхужаева Г. А., Арзобеков А.Г., Кадилов Х.С.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Введение. Ожирение является одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества и определяется как хроническое прогрессирующее нарушение обмена веществ с избыточным накоплением жировой ткани и рецидивами после прекращения лечения. Ожирение у детей, как правило, сохраняется и во взрослом состоянии, приводя к тяжелым, жизнеугрожающим состояниям. В первую очередь это сахарный диабет 2 типа и заболевания сердечно-сосудистой системы, приводящие к ранней инвалидизации и преждевременной смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), избыточную массу тела к концу XX века имело почти 30% жителей нашей планеты, т.е. около 1,7 млрд. человек. В последние десятилетия распространенность ожирения во всем мире неуклонно возрастает. Эксперты ВОЗ считают, что если ситуация не изменится, через 10 лет ожирение будут иметь 40% мужчин и половина женщин. Во всем мире катастрофически увеличивается число тучных детей и подростков. Избыточную массу тела на сегодня имеет четвертая часть подростков и 15% из них страдают ожирением.

Цель исследования: Изучить предикторы формирования ожирения у детей и подростков Ферганской долины республики Узбекистан.

Материал и методы: Проведено наблюдательно-аналитическое сравнительное исследование по типу «случай — контроль». Изучены особенности анамнеза, являющиеся по данным литературы предикторами ожирения, у 139 детей, страдающих ожирением (средний возраст - 12,0±3,01 лет). Полученные результаты сопоставлены с аналогичными показателями 82 детей 7-15 лет с нормальной массой тела (средний возраст — 11,4±2,50 лет).

Наибольшие различия между группами касались наличия ожирения и сахарного диабета у родителей и близких родственников. Частота встречаемости артериальной гипертензии, ИБС, атеросклероза у родителей и родственников детей основной группы статистически значимо не отличалась от тех же показателей группы контроля.

Установлено, что у матерей, дети которых страдали ожирением, достоверно чаще встречались аборт, предшествовавшие данной беременности ($p=0,027$). Во время беременности у этих женщин чаще диагностировалась анемия средней и тяжелой степени ($p=0,005$) и гипертоническая болезнь ($p=0,025$). Из сопутствующей патологии у матерей детей, страдающих ожирением, достоверно чаще выявлялась патология щитовидной железы ($p=0,032$). Отмечено, что дети, чьи матери на момент родов имели возраст менее 20 лет, достоверно реже страдали ожирением ($p=0,032$). Нарушения углеводного обмена во время беременности имели место у 8 матерей детей

с ожирением (5,7%), в группе контроля таких нарушений не отмечено ($p=0,056$). Заболевания почек у женщин обеих групп встречались с одинаковой частотой. Достоверных различий в количестве недоношенной (6,5% и 9,7%, $p=0,995$) и переношенной беременности (2,8% и 4,8%, $p=0,689$) не выявлено.

В обеих группах отмечена высокая частота встречаемости угрозы выкидыша (34,5% и 36,6%, $p=0,918$), гипоксии плода (35,2% и 24,4%, $p=0,156$), нефропатии во время беременности (18,7 и 9,7%, $p=0,167$).

Установлено, что у детей в основной группе масса тела была больше, чем в группе контроля: средняя масса тела 3,5 (3,1;3,9) кг против 3,3 (3,1;3,6) кг, $p=0,021$; массо-ростовой коэффициент 67,3 (61,4;72,4) против 64,0 (59,3;69,2), $p=0,031$. В первой группе чаще встречались дети с массой тела при рождении более 4 кг: 23,1% (30 человек) против 4,9% (4 человека), $p=0,005$, реже - маловесные (массо-ростовой коэффициент при рождении менее 60): 13,1% (17 человек) против 26,8% (22 человека), $p=0,066$. С

выраженным дефицитом массы тела ИМТ при рождении менее -2 808) родились 3 ребенка в основной группе (2,3%) и 4 - в группе контроля (4,8%), $p=0,275$. Средние абсолютные и относительные показатели ИМТ при рождении в группах значимых различий не имели: соответственно, 12,8 (12,3;13,7) против 12,8 (11,5;13,4), $p=0,078$ и -0,4 (-0,9;+0,3) против -0,5 (-1,6;0,0), $p=0,080$.

Сравнение показателей массы тела в школьном возрасте (80Б ИМТ) с массой тела при рождении позволило установить значимую корреляцию показателей - $r=+0,22$; $p=0,013$.

При анализе характера вскармливания установлено, что средняя продолжительность грудного кормления на первом году жизни в группах была примерно одинаковой: в первой группе $7,2\pm 4,41$ мес., во второй — $7,2\pm 4,37$ мес. ($p=0,957$). Доли детей, находившихся на грудном вскармливании, в каждом квартале первого года жизни существенно не различались, соответственно, в 3 мес. - 76,1% и 77,5% ($p=0,976$), в 6 мес. — 60,0% и 57,5% ($p=0,879$), в 9 мес. - 42,3% и 40,0% ($p=0,862$), в 12 мес. - 38,3% и 37,5% ($p=0,987$).

Доля детей, которые на первом году жизни получали заменители грудного молока, в группе контроля была существенно больше: в основной группе - 41,5%, в группе контроля - 65,9% ($p=0,003$). Такая ситуация обусловлена более высокой распространенностью смешанного вскармливания в группе детей с нормальной массой тела: в основной группе - 17,6%, в группе контроля - 46,3% ($p<0,001$). При этом искусственное вскармливание чаще отмечалось у детей с ожирением (63,0% против 36,6%, $p=0,352$), особенно с первых 3 мес. жизни (22,3% против 9,8%, $p=0,046$). В основной группе детей установлено более раннее введение заменителей грудного молока: в среднем с $3,8\pm 2,67$ мес. против $4,7\pm 1,97$ мес. ($p=0,288$). Средний возраст перевода на искусственное вскармливание в основной группе составил $3,5\pm 2,76$ мес., в группе сравнения - $5,1\pm 2,65$ мес. ($p=0,021$). Между избытком массы тела обследованных детей и сроками введения заменителей грудного молока установлена значимая слабая обратная зависимость ($r=-0,27$, $p=0,001$), со сроками перевода детей на искусственное вскармливание - обратная зависимость умеренной силы ($r=-0,47$, $p<0,001$).

В основной группе прикорм вводился значительно раньше: средний возраст введения основного прикорма в группе детей с ожирением составил $4,8\pm 0,89$ мес., в группе с нормальной массой тела - $6,1\pm 0,94$ мес. ($p<0,001$). Доля детей, которым основной прикорм ввели до 5 мес. в основной группе в 3 раза превышала таковую в группе контроля: 78,4% против 26,5% ($p<0,001$). Обратная зависимость между показателями веса детей и сроками введения основного прикорма по коэффициенту корреляции Пирсона (r) составила - 0,49 ($p<0,001$).

Выводы: Таким образом,

1. ожирение в школьном возрасте в большей степени было связано с темпами прироста массы тела во второй половине первого года жизни и не имело прямой связи с прибавками массы тела в первые месяцы жизни. К концу первого года 30,9% школьников (86 человек) с ожирением имели избыток массы тела, у 34,9% (30 человек) из них этот избыток был значительным. Поэтому в группу риска по развитию ожирения следует отнести в первую очередь детей с высокими темпами прироста массы тела во втором полугодии жизни, а также детей, имеющих избыток массы тела и паратрофию к концу первого года жизни. детей с ожирением в первый год жизни чаще переводили на искусственное вскармливание, и происходило это в более ранние сроки, чем в группе контроля.

2. для реализации ожирения большее значение имел не докорм ребенка заменителем грудного молока, а полный перевод на искусственное вскармливание. Самые существенные различия в группах контроля касались сроков введения основного прикорма - у детей с ожирением основной прикорм вводился значительно раньше.

РАЗНООБРАЗИЕ ПОДХОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Ахмаджонов М.А., Тожибоев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анализ многочисленных научных публикаций показал, что проблема решения вопросов этиологии, патогенеза и патогенетического лечения, острых и хронических риносинуситов не теряет своей актуальности.

Проблема предопределяется достаточно высоким уровнем распространенности заболевания и многочисленными медицинскими и социальными аспектами, связанными с лечением и реабилитацией больных.

В научном аспекте проблема полипов носа остается актуальной, поскольку ряд вопросов данной патологии остаются не решенными. Согласно последним Европейским документам ЕААСI, дефекты слизистой выстилки внутриносовых структур носа в виде полипозных разрастаний есть специфическая конструкция гипертрофического процесса, развивающегося на фоне эозинофильной субстанции. Установлено, точнее интерпретируется, что полипозный риносинусит является многофакторным (полиэтиологичным и полипатогенетическим) заболеванием.

Цель исследования. Изучить эффективности фармакологического контроля назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом.

Материалы и методы исследования. В соответствии с постановленными задачами для исследования была взята группа из 87 больных полипозным этмоидитом, в возрасте от 18 до 60 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу нарушения носового дыхания в клинику оториноларингологии клинике АГМИ за период 2021 – 2022 гг.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенных клинических исследований показали, что наиболее часто полипозным этмоидитом страдают люди трудоспособного возраста, т.е. до 60 лет (83,7%).

В исследованиях последних лет больных полипозным риносинуситом выявляется вторичное иммуннодефицитное состояние.

Разрушение процессов противопатогенной защиты, формирования антигенной толерантности, которые обеспечивают сохранность внутренней среды организма, приводит к развитию диссипативных деструктивных изменений слизистой выстилки внутриносовых структур и прилежащих воздухоносных полостей.

При реализации различных видов лечения в последние годы исследуются вопросы применения эндоскопической и микроскопической, шейверной хирургии, применение кортикостероидов (в новых разработках и вариантах) в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах (как это было и 20, и 10 лет назад, и в настоящее время).

Внедрение новых методов лечения и фармакологических препаратов не привело к снижению уровня заболеваемости и не позволило в достаточно эффективной форме предотвратить развитие осложнений и рецидивирования патологического процесса.

Сущность данного этапа познания в достаточно полной степени описывают ведущие современные ученые-оториноларингологи: —Перегрузка практики, будь то диагностические тесты, методы лечения, реабилитация больных или другие стороны лечебной деятельности, чревата созданием затруднений в диагностике и свойственной эмпиризму неэффективности лечения.

Вывод. Прогноз при корректной, своевременно начатой терапии острого этмоидита благоприятный – в исходе наблюдается полное излечение. При хронических формах адекватная терапия позволяет достичь стойкой ремиссии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

*Ахмаджонов М.А., магистр 3 курса,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Полипозный риносинусит (полипозная дегенерация синуса) – гипертрофические изменения внутренней эпителиальной выстилки придаточных пазух и полости носа, сопровождающиеся рецидивирующим возникновением полипозных образований.

По данным всемирной статистики, проблема широко распространена среди жителей северной Европы (Финляндия, Дания, Исландия) и составляет до 5% от всех отоларингологических патологий. Средний возраст дебюта заболевания составляет 42-44 года, мужчины подвержены полипозному риносинуситу в 2-3 раза чаще женщин.

Цель исследования. Повышение эффективности фармакологического контроля назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом.

Материалы и методы исследования. В соответствии с постановленными задачами для исследования была взята группа из 87 больных полипозным этмоидитом, в возрасте от 18 до 60 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу нарушения носового дыхания в клинику оториноларингологии клинике АГМИ за период 2021 – 2022 гг.

Результаты исследования. Полученные результаты легли в основу как доказательной базы глубины происходящих патологических процессов, так и оценки эффективности фармакологического контроля назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом.

При изучении анамнеза больных полипозным этмоидитом установлено, что длительность заболевания более трех лет характерна для 62,1% из них. Основной жалобой взятых для исследования больных было нарушение носового дыхания. При эндоскопии полости носа у всех больных определялась полипозная ткань.

Использование минимальных доз антагониста лейкотриеновых рецепторов в комплексном лечении назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом дает возможность путем длительного непрерывного целенаправленного использования препарата добиться сокращения объема полипозной ткани и таким образом не только восстановить адекватность носового дыхания и обеспечить дренажную и

вентиляционную функцию устьев околоносовых пазух, но и благодаря этому сократить потребность в многократных хирургических вмешательствах вблизи жизненно важных образований (глазница, передняя и средняя черепные ямки) и длительном использовании топических и системных кортикостероидов у данного контингента больных.

Методика обладает простотой, высокой воспроизводимостью, безопасна, не требует специального лабораторного контроля и может применяться для лечения больных в амбулаторных условиях. Все перечисленное позволяет рекомендовать разработанный метод для использования в практическом здравоохранении.

Вывод. Неспецифические профилактические мероприятия основываются на укреплении общих защитных сил организма, предотвращении переохлаждения, полноценном лечении других отоларингологических патологий, системных заболеваний, эндокринопатий, вторичных иммунодефицитов.

Большое значение в профилактике синусита имеют соблюдения рекомендаций относительно приема назначенных препаратов, ранняя коррекция врожденных аномалий развития анатомических структур области носоглотки, предотвращение травм лица.

СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Бабаджанов А.Х., Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Развитие тяжелых форм острого панкреатита (ОП) определяется двумя факторами, которые отражают серьезность болезни: органная недостаточность и панкреонекроз. Около половины случаев летальных исходов у больных с тяжелым острым панкреатитом (ТОП) происходит в течение первых двух недель и в основном объясняется синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), характеризующимся системным воспалительным ответом (ССВО), высокой частотой развития местных гнойно-некротических и системных панкреатогенных осложнений с переменной степенью дисфункции органов.

Материалы и методы. В данной работе проведен сравнительный анализ 438 наблюдений которые находились в ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» и клинике АндМИ за период с 2009 по 2018 гг включительно с ОП билиарной этиологии которым хирургические вмешательства выполнены в 25,6% (112 из 438) случаях. По типу выполненных операций больные были распределены следующим образом: чаще всего (5,9%; 26 из 438) прибегали к лапаротомии, холецистэктомия (ХЭК), дренированию холедоха, вскрытию, санации и дренированию сальниковой сумки; в 5,0% (22 из 438) наблюдениях произведено лапароскопия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки; 4,8% (21 из 438) – лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства; 4,6% (20 из 438) – ХЭК, холедохолитотомия, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки; в 2,7% (12 из 438) случаях произведено дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем; в 0,7% случаях – лапароскопия, лапаротомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

Выбор лечебной тактики при билиарном ОП в пользу консервативной интенсивной терапии был связан с показателем общей летальности в 2,4% (4 из 164

наблюдений), тогда как применение хирургической тактики на ранних стадиях заболевания привело к летальным исходам в 31,5% (23 из 73) случаях.

Анализ показателя летальности в зависимости от тяжести течения билиарного ОП, оцененного по прогностическим шкалам, показал, что при баллах более 6 по Ranson и более 15 по APACHE II наблюдается высокая частота летальных исходов, как при консервативном (33,3%; 2 из 6), так и при хирургическом лечении (76,5%; 13 из 17).

Анализ причин летальных исходов показал, что в 85,2% (23 из 27) случаях наблюдались более двух смертельных осложнений. Наиболее частыми осложнениями при хирургической тактике лечения были острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) (19,2%; 14 из 73), острая почечная недостаточность (15,1%; 11 из 73), ОССН (12,3%; 9 из 73) и сепсис (11,0%). Консервативная тактика лечения характеризовалась значительно меньшей частотой осложнений: ОРДС и почечная недостаточность выявлены в 1,2% (2 из 164) случаях, ОССН и сепсис – в 0,6% (1 наблюдение).

Из общего числа больных билиарным ОП осложненное течение заболевания наблюдалось в 59 случаях из 237. При этом летальность составила 45,8% (27 из 59) с наибольшим показателем при развитии септического шока (77,8%), ДВС-синдрома (75,0%) и гастроудоденальных кровотечений (75,0%). При ОРДС летальность составила 61,8%.

В структуре летальных исходов (n=27) значительная часть осложненных течений ассоциирована развитием ОРДС – 77,8% (21 из 27), далее идет почечная недостаточность – 48,1% (13 из 27 случаев, сердечно-сосудистая недостаточность (37,0%; 10 из 27) и сепсис (33,3%; 9 из 27). На долю нарастающей печеночной недостаточности приходится 25,9% случаев осложнений.

Таким образом, прогрессирование билиарного панкреатита характеризуется возможностью поликомпонентного развития различных панкреатит-ассоциированных системных осложнений, на фоне которых частота летальности составила 11,4% (при консервативной тактике - 2,4%, при хирургических вмешательствах - 31,5%), в структуре которой основными причинно-следственными факторами неблагоприятного прогноза явились такие проявления полиорганной недостаточности как ОРДС - 77,8% (у 21 из 27 умерших пациентов) и почечная недостаточность - 48,1% (13), а также септические проявления - 33,3% (у 9 больных) и геморрагические осложнения - 11,1%.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОЙ БЛОКАДЫ

*Бектемирова Норбуви Тухтаевна
Ташкентская Медицинская академия, Узбекистан*

Актуальность анестезиологического пособия в офтальмологии возрастает и в связи с тем, что более половины больных, которым проводятся оперативные вмешательства больные – пожилого и старческого возраста, имеющие одно и более соматических сопутствующих заболеваний, что требует особого подхода к этим больным в плане подготовки к операции, выбора анестезиологического пособия и послеоперационного ведения. Идеальная анестезия в офтальмологии должна быть не только эффективной, но и безопасной.

Цель: Сравнительное изучение состояния микроциркуляции бульбарной конъюнктивы при применении различных анестетиков для проводниковой блокады в хирургической офтальмологии на основании показателей телевизионную

капилляроскопию бульбарной конъюнктивы

Материал и методы. Исследования проводились у 56 (56 глаз) больных с диагнозом катаракта обоого пола с сопутствующей патологией системы кровообращения. Средней возраст больных $68,8 \pm 5,2$ лет. Больным в изучаемых группах выполнены следующие операции: экстракция катаракты, экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, тональная экстракция катаракты, факэмульсификация катаракты. Всем больным применяли ретробульбарную блокаду и блокаду лицевого нерва **по Ван Линту**. Больные в зависимости от применяемого местного анестетика разделены на три группы. В I-ой гр 2-4% новокаин, во II гр 2-4% лидокаин, в III гр 0,5% бупивакаин. Телевизионную капилляроскопию бульбарной конъюнктивы проводили люминесцентным микроскопом с телевизионным капилляроскопом и цифровым анализатором параметров микроциркуляции, соединенным с персональным компьютером IBM PC/AT. Определяли: величину диаметра сосудов (мкм); скорость кровотока в сосудах (мм/сек); артерио-венулярный коэффициент сопряженных сосудов.

Результаты. Анализ результатов калибраметрии в обследованных группах показал, что после местной блокады изучаемыми анестетиками отмечается расширение артериол, увеличение диаметра капилляров, нарастание скорости кровотока в капиллярах, приближение артерио-венулярного коэффициента к норме. Проведенные исследования показали, что изменения в венозной части были незначительными - практически не менялись. Которое объясняется тем, что в исходных данных диаметр вен было увеличенным на 14,2; 13,5 и 13,7 мкм от нормы соответственно в исследуемых группах. Это говорит о венозном застое у наших больных, у которых было сопутствующие заболевания, в основном сердечно-сосудистые патологии. Это, на наш взгляд, объясняется органическими изменениями в сосудах, которое связано с возрастными особенностями изучаемых больных или же, возможно, это связано действием местных анестетиков, которые мало влияют на вены, ее тонус при застойных процессах в сосудах объема. Скорость тока крови после анестезии улучшалась во всех группах, но более выражен в группе, где анестезия проводилась бупивакаин – увеличение в 2 раза.

Выводы: Со стороны венул изменения на этапах исследования во всех изучаемых группах были незначительными. Пределы колебания, как увеличения, так и уменьшения, составили лишь 0,6 - 0,3 мкм. При этом интересным был, на наш взгляд, тот факт, что после проведения анестезии во всех группах расширяются приводящие сосуды, увеличивается объем артериол, нарастает скорость кровотока, артерио-венулярный коэффициент, увеличиваясь приближается к нормальным цифрам. При проведении хирургических операций, требующих глубокой длительной анестезии, может использоваться 0,5% бупивакаин препарат с выраженными анестезирующими свойствами. Так же надо отметить, что в наибольшей степени улучшалась скорость кровотока при ретробульбарной блокаде бупивакаином.

Почтовый адрес: Республика Узбекистан. город Ташкент.

Чиланзар – Ц – 14 – 51. почтовый индекс. № 100135

Телефоны: + 99897-775-46-55 моб

+ 998971-276-27-33 дом

E – mail: norbuvi.nora@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

*Бектемирова Норбуви Тухтаевна; Толибов Каримбой Комил угли
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Актуальность изучаемой проблемы. Одним из важных показателей здоровья населения являются данные о состоянии инвалидности, в том числе вследствие патологии органа зрения и информация о слепоте, слабовидении. Анестезиологическое пособие в офтальмологии является актуальной проблемой современной медицины, что обусловлено спецификой внутриглазных операций. Это, прежде всего, состояние офтальмотонуса, на которое оказывают влияние, как местная, так и общая анестезия. Если объем крови внутри глаза увеличивается, то внутриглазное давление (ВГД) тоже возрастает.

Цель исследования – сравнительное изучение обезболивающего действия различных местных анестетиков в офтальмохирургии и их влияние на внутриглазное давление, внутриглазную гидродинамику и релаксацию глазных мышц.

Материалы и методы

Исследования проводились на базе многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Обследованы 46 (46 глаз) больных обоего пола с сопутствующей патологией системы кровообращения оперируемых по поводу глаукомы с высоким внутриглазным давлением в возрасте от 60 до 80 лет (средний возраст $68,2 \pm 3,2$ года). Всем пациентам были выполнены антиглаукоматозные операции. Всем пациентам за 30 мин до операции была проведена внутримышечная премедикация (димедрол 0,1 мг/кг, диазепам 0,25мг/кг или дроперидол 0,125мг/кг и ненаркотические анальгетики).

В зависимости от применяемого местного анестетика для ретробульбарной блокады были распределены на три группы по 12 (12 глаз) больных. Первую группу (контрольную) составили больные, которым в качестве местного анестетика применяли 8-10 мл 2% лидокаин. Пациентам второй группы в качестве местного анестетика использовали 2-5 мл 0,5% бупивакаина. Пациентам третьей группы для проведения проводниковой анестезии применяли 2-5 мл 0,5% раствора лонгокаина.

Результаты и обсуждение. Общая длительность анестезии глазного яблока под действием 2,0% лидокаина составила 30-45 мин, 0,5% бупивакаина – от 120 до 180 мин, 0,5% лонгокаина – от 120 до 180 мин. Полная анестезия глазного яблока была значительно короче, чем общая длительность анестезии и начиналась уже через 2 мин после введения 0,5% бупивакаина и 0,5% лонгокаина

Длительность полной анестезии глазного яблока под действием 0,5% бупивакаина и лонгокаина была достоверно короче, чем при использовании 2% лидокаина. При анестезии 2% лидокаином необходимо использование препарата в количестве 8-10 мл. Применение такого количества препарата часто приводило к развитию хемоза конъюнктивы и ретробульбарного отека. Частота хемоза и ретробульбарного отека при анестезии 2% раствором лидокаина наблюдалась у 2 (6,5%) пациентов. При анестезии растворами бупивакаина и лонгокаина подобные осложнения не наблюдались. Общая продолжительность анестезии глазного яблока под действием бупивакаина и лонгокаина (0,5%) в среднем была в 3 раза продолжительнее, чем при применении 2% лидокаина .

Как оказалось, 0,5% бупивакаин и лонгокаин обладали выраженными анестезирующими свойствами. Эти препараты вызывали хорошую релаксацию и приводили к значительному снижению ВГД, понижению истинного офтальмотонуса, обусловленного выраженным снижением продукции водянистой влаги. Гипотензивный

эффект указанных препаратов, отмеченный при измерении внутриглазного давления тонометром Маклакова, подтверждается данными тонографии по Нестерову: у больных второй и третьей под группы во время операции истинное внутриглазное давление достоверно понижалось преимущественно за счет уменьшения, минутного объема водянистой влаги (33%) и одновременного увеличения коэффициента легкости оттока (21,9%). При использовании 2% лидокаина отмечено незначительное снижение ВГД

Таким образом 0,5% бупивакаин и 0,5% лонгокаин кроме быстрого и длительного анестезирующего эффекта обладают ещё и гипотензивными свойствами, что немаловажно при полостных операциях в офтальмологии.

При проведении хирургических операций, требующих глубокой длительной анестезии, может использоваться 0,5% раствор бупивакаина (маркаин, Astra, Швеция). 0,5% раствор лонгокаина (бупивакаин гидрохлорид, Юрия фарм, Украина) - препараты с выраженными анестезирующими свойствами.

Выводы:

1. Исследование местноанестезирующей активности препаратов, используемых в офтальмохирургии, показало, что самым эффективным является 0,5% раствор бупивакаина и 0,5% раствор лонгокаина, которые вызывают глубокую анестезию глазного яблока с длительным действием.

2. Бупивакаин (0,5%) и лонгокаин (0,5%) в течение анестезии понижают ВГД за счет снижения секреции водянистой влаги, улучшения коэффициента легкости оттока водянистой влаги, что способствует профилактике осложнений со стороны глаза во время операции и в послеоперационном периоде.

3. Лидокаин (2%) при ретробульбарном введении вызывает полную анестезию глазного яблока с короткой продолжительностью действия и имеет побочные действия в виде хемоза конъюнктивы и ретробульбарного отека. Препарат не вызывает должной миоплегии и его гипотензивный эффект незначительный.

Почтовый адрес: Республика Узбекистан. город Ташкент.

Чиланзар – Ц – 14 – 51. почтовый индекс. № 100135

Телефоны: + 99897-775-46-55 моб

+ 998971-276-27-33 дом

E – mail: norbuvi.nora@mail.ru

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш., Алибоев М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на большое число клинических наблюдений, симультанные операции выполняются в среднем всего у 3% больных с патологией, требующей хирургического вмешательства, тогда как необходимость в проведении таковых, по данным ВОЗ, составляет 20-30%. Крайне низкое количество выполняемых симультанных вмешательств, не соответствующее реальным потребностям в них, объясняется целым рядом причин: неполное обследование больных в предоперационном периоде, недостаточная интраоперационная ревизия органов брюшной полости и малого таза, преувеличение степени операционного риска при определении возможности проведения симультанных операций.

Цель исследования. Оценить длительность оперативных вмешательств, длительность послеоперационного периода, послеоперационные осложнения при симультанных операциях на органах брюшной полости.

Материалы и методы исследования. В исследование включены данные 31 пациента, которым в период 2016 по 2020 года были выполнены симультанные операции на органах брюшной полости. Среди них было 19 (61,8%) женщин и 12 (38,2%) мужчин. Возраст оперированных составлял от 36 до 70 лет. Эти больные поступали в плановом порядке в отделение №3 хирургии АГМИ. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 23 пациентов, у которых желчнокаменная болезнь (ЖКБ) сочеталась с вентральными послеоперационными грыжами, вторую группу составили 8 пациентов, у которых холецистэктомия (ХЭ) сочеталась различной абдоминальной патологией, по поводу которой проводились симультанные операции. Всем пациентам проводились комплексное физикальное и лабораторно-инструментальное обследование. Мы анализировали особенности выполнения основного и сопутствующего этапов операции, продолжительность послеоперационного периода.

Результаты исследования. У пациентов 1 группы ЖКБ сочеталась с вентральными послеоперационными грыжами. У пациентов операционным доступом была лапаротомия разрезом верхняя срединная лапаротомия. Выполнялась ХЭ, затем моделировался полипропиленовый сетчатый эндопротез и осуществлялась герниопластика без натяжения. Средняя продолжительность операции составила $80,2 \pm 20,5$ мин. При этом этап ХЭ с учётом спаечного процесса составлял в среднем $31,6 \pm 9,4$ минут. Средняя длительность пребывания в отделении реанимации $1,0 + -0,5$ суток, а длительность послеоперационного периода $9,2 \pm 3,5$ суток. Симультанный этап операции не отражался на сроках пребывания пациента в стационаре. Осложнений, связанных с ХЭ, не наблюдалось. Отмечались следующие осложнения: инфильтрат брюшной стенки - 1, длительно существующая серома-1. Было установлено, что длительность пребывания больных в стационаре после выполнения ХЭ без симультанного этапа составило $9,1 \pm 0,5$ суток. У 6 пациентов второй группы ХЭ сопровождалась вмешательством на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК) по поводу язвенной болезни: выполнялась резекция желудка Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера. У всех больных операционным доступом была верхняя срединная лапаротомия. Средняя продолжительность операции составила $132,5 \pm 30,0$ мин, средняя длительность пребывания в отделении реанимации 2,0 суток, а длительность послеоперационного периода $12,2 \pm 3,2$ суток. ХЭ и цистоеюноанастомоз по поводу псевдокисты поджелудочной железы - у 2. Средняя продолжительность операции составила $180,0 \pm 15,0$ мин., а длительность пребывания в отделении реанимации - $2,0 \pm 0,5$ суток. Длительность послеоперационного периода составила $12,0 \pm 3,5$ суток. Послеоперационных осложнений не отмечалось. Было установлено, что длительность пребывания больных в стационаре после выполнения операция на поджелудочной железе без симультанного этапа составило $11 \pm 2,5$ суток.

Выводы. Таким образом, при комплексном физикальном и лабораторно-инструментальном обследовании пациента, при выборе верной тактики лечения одномоментные операции по поводу лечения рассмотренных хирургических патологий органов брюшной полости достоверно целесообразны. Устраняется риск повторного оперативного вмешательства, сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения, а также повышается экономическая эффективность лечения.

ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ
ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Назирхужаев Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на органах брюшной полости частота послеоперационных вентральных грыж возросла в 9 раз, что составляет 5-14%. В последнее время неуклонное развитие современных технологий в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж привело к разработке и применению различных вариантов их хирургической коррекции. Несмотря на это и при наличии многочисленных описаний разных способов размещения протеза при аллопластике грыжи отсутствуют четкие показания к их применению и единое мнение о предпочтении расположения имплантата в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Оценить результаты различных способов аллопластики для разработки системы оптимизации хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института за период с 2010 по 2021 г прооперировано 863 пациента с послеоперационными вентральными грыж (291 мужчина и 572 женщины). Возраст больных - от 20 до 83 лет (средний возраст - $51,5 \pm 2,5$ года). Малые грыжи отмечены у 233 человек (27%), средние - у 302 (35%), большие - у 190 (22%), гигантские - у 138 (16%). Рецидив грыжи возник у 349 человек (40,4%). Грыжи были преимущественно срединной локализации - у 702 больных (81,3%), невправимые - у 472 (54,7%). Большинство пациентов имели сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистую патологию - 366 (42,4%), легочную - 134 (15,5%), ожирение — 395 (45,7%), сахарный диабет - 121 (14,02%).

При решении вопроса о показаниях к тому или иному способу размещения полипропиленовых сеток при аллопластике мы придерживались следующих принципов: 1) полипропиленовая сетка не должна контактировать с внутренними органами; 2) сетка должна быть надежно фиксирована; 3) нежелательной соприкосновение протеза с подкожной жировой клетчаткой; 4) оптимальные размеры протеза (отступ от линии швов апоневроза - на 6 см во все стороны); 5) адекватное дренирование раны в области размещения протеза; 6) аллопластика не должна повышать травматичность и увеличивать время операции.

У 603 пациентов (69,8%), преимущественно с большими и гигантскими грыжами, абдоминопластика выполнена с помощью полипропиленовой сетки. Использовались сетки отечественного («Линтекс») и импортного («Этикон») производства. Имплантат располагался: у 195 (32,3%) - on lay, у 408 (67,7%) - sub lay.

Способ sub lay применен у большинства больных. С целью более надежной фиксации сетки к апоневрозу данный способ выполняли по усовершенствованной методике. После мобилизации брюшины и ее ушивания выкраивали полипропиленовую сетку с учетом величины грыжевых ворот: она закрывала на 6 см со всех сторон линию сшитых между собой краев апоневроза. Большое значение придавали равномерному натяжению сетки по периметру раны. Для этого ее предварительно по периметру прошивали П-образными швами полипропиленовой нитью 1,0. Ширина захвата сетки нитью - 1,0-1,5 см, отступ от ее края - 0,7-1,0 см. Оба конца нити брали на отдельный зажим. Зажимы распределяли на 4 группы по 1/4 окружности сетки. После этого имплантат помещали на ушитую брюшину, края его подводили под мышечно-апоневротический слой. Каждой из предварительно

проведенных через сетку нитей прошивали апоневроз, отступив на 5 см от его краев, нити завязывали. Прошивание апоневроза проводили с нижнего угла раны до середины его полуокружности, затем швы накладывали с верхнего угла той же стороны. Другую сторону сетки фиксировали в той же последовательности. Это дает возможность равномерно распределить сетку по периметру апоневроза. После этого края апоневроза сближали узловыми швами.

При выборе размера имплантата мы ориентировались на величину дефекта и состояние тканей передней брюшной стенки. Чаще использовали протезы размерами 15x10 см. Максимальные размеры имплантата составляли 30x30 см. При больших и гигантских вентральных грыжах свести края грыжевых ворот без натяжения тканей удается редко. В этих случаях мы ушивали дефекты брюшной стенки лишь частично до ощущения натяжения швов.

У пациентов с выраженным подкожно-жировым слоем при большой отслойке клетчатки после ушивания раны образуются замкнутые полости, в которых могут скапливаться кровь и серозное отделяемое, что требует дренирования и эвакуации содержимого. Для ликвидации этих полостей мы накладывали П-образные амортизирующие швы перпендикулярно оси раны через кожу и подкожную клетчатку с отступом от края кожной раны на 5-7 см, нити завязывали на марлевых шариках. Таким образом удается сблизить подкожную клетчатку, ликвидировать в ней полости и предупредить прорезывание подкожных швов. Эта методика применена у 104 больных (17,3%), оперированных с использованием полипропиленовой сетки.

Рану дренировали у 487 пациентов (80,7%), используя активное дренирование раны по Редону. У 239 человек (39,6%) дренаж помещали у места расположения протеза. Средняя длительность нахождения дренажа в ране составляла 4-5 сут. Введение антибиотиков широкого спектра действия начинали до операции и продолжали в течение 3-4 сут после нее.

Результаты и обсуждение. Ни один из используемых способов аллопластики не является универсальным. Каждый вариант размещения имплантата имеет свои показания и противопоказания для применения. Мы провели анализ осложнений, развившихся после операций аллопластики ПОВГ. Из 1195 больных, у которых полипропиленовая сетка размещалась над ушитыми грыжевыми воротами (способ on lay), осложнения в ране развились у 23 человек (22,1%). Применение этого способа требует обнажения апоневроза на значительном протяжении с отделением подкожно-жировой клетчатки и пересечением большого количества лимфатических и кровеносных сосудов. При этом полипропиленовая сетка контактирует всей поверхностью с подкожно-жировой клетчаткой. Это создает благоприятные условия для развития сером в ране, которые возникли у 13 больных (12,5%). Для их ликвидации использовали пункции под контролем УЗИ. Некроз кожи возник у 4 пациентов (3,8%), нагноение раны - тоже у 4 (3,8%). Острая кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, наблюдалась у 2 больных.

Способ sub lay применен у 408 больных. Полипропиленовые протезы размещали над ушитой брюшиной в предбрюшинной клетчатке под ушитыми грыжевыми воротами. При отсутствии возможности отделить брюшину из-за рубцовых изменений сетку размещали интраабдоминально, отграничив от брюшной полости большим сальником. Общее число осложнений - 31 (7,6%). Острая кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, развилась у 2 больных (0,5%), ограниченный некроз кожи - у 7 (1,7%), нагноение раны - у 5 (1,2%). Образование сером, потребовавших пункций под контролем УЗИ, наблюдалось у 15 больных (3,6%). Умерла 1 больная (0,24%) 76 лет от острой сердечно-сосудистой недостаточности и 1 больная (0,24%) 64 лет - от тромбоза легочной артерии. Рецидив заболевания в течение 5 лет после аллопластики наблюдался у 8 пациентов (2,8%), оперированных по методике sub lay, у 8 (7,8%) - on lay. До сих пор пользуются бандажем 45 пациентов (34%). Наилучшее

качество жизни отмечают больные, которым выполнена пластика брюшной стенки способом sub lay.

Выводы. Выбор метода аллопластики требует индивидуального подхода. Наилучшие непосредственные и отдаленные результаты дает аллопластика по способу sub lay. Показания к наднапоневротическому размещению протеза (способ on lay) должны быть ограничены, способ может применяться лишь при небольших размерах протеза.

Ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде дает возможность своевременно выявлять и эвакуировать серомы, а в случае их инфицирования — выполнять санацию.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш., Бахридинов К.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Грыжи живота являются распространенным заболеванием. И как подчеркивают потенциальным грыженосителем является каждый 3–5 житель планеты Земля. Среди них паховые грыжи составляют 70–80 % в структуре всех грыж брюшной стенки, а частота оперативных вмешательств по поводу грыж в хирургических стационарах составляет 10–25 %. Наиболее частым осложнением грыж живота, относящимся к области неотложной хирургии, является ущемление органов брюшной полости, представляющее непосредственную угрозу для жизни.

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики при острой кишечной непроходимости, обусловленной ущемленной грыжей.

Материалы и методы исследования. В клинике за период с 2015 по 2021 год по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН), обусловленной ущемлением кишечника в грыжевом мешке, оперирован 51 больной в возрасте 45–81 год. Подавляющее большинство больных пожилого и старческого возраста (61,9 %). Женщин – 14, мужчин – 37. Во внутреннем кольце пахового канала ущемление отмечено у 27 больных, бедренном – 11, в вентральной грыже передней брюшной стенки – у 9, пупочной – у 4. Все больные доставлены в стационар после 12 часов с момента ущемления, 11 из них – после 24 часов, трое из которых с флегмоной грыжевого мешка спустя 3 суток с момента заболевания. Как видно из представленного материала, наиболее часто ущемление кишечника происходит в паховых грыжах у мужчин. Ущемление кишечника в вентральных и бедренных грыжах отмечено у 9 женщин.

Результаты исследования. Все проанализированные пациенты оперированы. При отсутствии у больных с ущемленной грыжей признаков флегмоны грыжевого мешка и перитонита общепринятой хирургической тактикой был грыжесеченный разрез с соблюдением всех правил вправления грыжи с ущемленной грыжей. У больных с бедренными грыжами разрез производили из области грыжи. При отсутствии жизнеспособности суженной кишки производят лапаротомию. В нежизнеспособных случаях резецируют некротизированную часть кишки, отстоящую от странгуляционной полости внекишечной кишки на 40 см, отделяемое – до 15 см. При перитоните анастомоз накладывают «бок о бок». Особого внимания заслуживают больные с кишечной непроходимостью при паховых и бедренных грыжах.

Таким образом, следует отметить, что диагностика острой кишечной непроходимости, причиной которой является ущемленная грыжа, порой очень сложна и требует выполнения строгой хирургической тактики.

Выводы. ОКН обусловленная ущемлением кишечника в грыже, является тяжелым осложнением ущемленных грыж. Поздние сроки госпитализации больных с ОКН, обусловленной ущемленной грыжей, приводят к развитию флегмоны грыжевого мешка и развитию перитонита. Методом выбора оперативного вмешательства у больных с ОКН, обусловленной ущемленной грыжей с некрозом участка кишечника, является ее резекция из лапаротомного доступа.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫМ БИЛАТЕРАЛЬНЫМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Ботиралиев А.Ш.¹, Усмонов У.Д.²

¹ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России, Россия, Москва.

²Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан.

Актуальность. На основании опыта Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. А.В. Вишневского, неудовлетворительные результаты хирургии эхинококкоза обычно наблюдается при его осложненных формах, которые были поздно диагностированы. Одной из ведущих причин рецидивов заболевания и частоты послеоперационных осложнений служит широкое использование относительно простой (по технике исполнения) классической эхинококкэктомии, при которой не предпринимается удаление фиброзной капсулы, в которой сохраняются живые протосколексы (основа для рецидивов) и метаболитов анаэробов, способствующих развитию гнойно-воспалительных осложнений со стороны остаточной полости.

Особые трудности для лечения представленной пациентки с множественными двухсторонними эхинококковыми кистами. В последнее время рекомендуется при множественных эхинококковых кистах прибегать к чрескожным пунктирно-дренирующим методикам, эхинококкэктомиям при поверхностной локализации кист атипичным краевым резекциям.

Представляем клиническое наблюдение больного Д., 1989 г.р., поступившего в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (отделение хирургической онкологии) 28.01.2020 с диагнозом: Множественные билатеральные эхинококковые кисты печени. Эхинококковая киста мышцы, выпрямляющей позвоночник слева. Состояние после операции эхинококкэктомии из легких (в 2016-2017 гг.).

Результаты обследования. *МСКТ органов грудной и брюшной полости* (28.02.2020). *Заключение.* Поствоспалительные и постоперационные фиброзные изменения обоих легких. Буллезная эмфизема легких. Паразитарная киста в мягких тканях спины справа. Гепатомегалия. Билобарное полисегментарное паразитарное поражение печени (визуализируются множественные гиподенсные кистозные образования, не накапливающие контрастный препарат, размерами от 10 до 50 мм. В правой доле S5, S6, S7, S8 сегментах множественные образования; на границе S4 и S5 сегментов два крупных образования размерами до 30 мм и два более мелких образования размерами до 15 мм каждое; единичное образование на границе S2 и S3 сегментов; два образования в S3 сегменте; образование. размерами 50x50 мм, расположено в S5-S6). Расширение желчных протоков S5 печени. Добавочная доля селезенки. Удвоение левой почечной артерии. Кистозная структура в височной доле справа.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (28.02.2020). *Заключение.* На фоне кистозных образований в печени определяются фрагментарные расширения желчных протоков (рис. 2). Сегментарные протоки правой доли: S5 диаметром до 6,3 мм, субсегментарные протоки прослеживаются до субкапсулярных отделов; в

остальных отделах сегментарные протоки до 2 мм, секторальные до 2,3 мм. Сегментарные протоки левой доли определяются диаметром до 2 мм, субсегментарные нитевидные. Правый долевым проток – 3,2 мм, левый долевым - до 3,0 мм. Конфлюэнс желчных протоков по типу бифуркации. Холедох определяется диаметром 3,0 мм, прослеживается до уровня большого дуоденального сосочка.

Общий анализ крови (01.28.2020): гемоглобин - 165 г/л; эритроциты - $5,04 \cdot 10^{12}$; лейкоциты - $9,94 \cdot 10^9$; эозинофилы - 4%; лимфоциты - 39%; тромбоциты - $173 \cdot 10^9$; СОЭ - 4. Показатели биохимического анализа крови и коагулограммы в норме.

Выполнена операция (04.03.2020): Правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ), эхинококкэктомия, субтотальная перицистэктомия кист IV сегмента печени, пункционная обработка глицерином и аспирация содержимого паразитарных кист II-III сегментов печени под УЗ-контролем.

Гистологическое исследование макропрепарата: Эхинококкоз правой и левой долей печени.

1) Стенки кист построены из фиброзной ткани, по внутренней поверхности - с некрозами, наружная поверхность с кровоизлияниями, фокусами лимфоплазмочитарной инфильтрации, а также мелкими участками ткани печени. Фрагменты хитиновой оболочки не определяется.

2) Жировая клетчатка с участками фиброза, кровоизлияниями.

3) Фрагменты кистозной полости, по внутренней поверхности - с некрозами, наружная поверхность с кровоизлияниями, фокусами лимфоплазмочитарной инфильтрации. Фрагментов хитиновой оболочки не определяется.

4) В ткани печени - множественные кисты, внутренняя поверхность которых представлена некротизированной тканью с участками хитиновых оболочек (часть кист расположена вблизи края резекции) (рис. 5).

Течение послеоперационного периода гладкое. Показатели общего анализа крови нормализовались. Дренажи были удалены на 5-6 сутки после операции, швы сняты.

Сделано контрольное УЗИ: Состояние после ПГГЭ, интраоперационной антискользящей обработки интрапаренхиматозных эхинококковых кист. Незначительная прослойка жидкости по зоне резекции печени.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан с рекомендацией дальнейшей профилактики рецидива химиотерапией с альбендазолом. Общий койко-день составил 17 дней.

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует, что при множественном двухстороннем поражении печени эхинококкозом иногда приходится прибегать к использованию комплекса хирургических методов. Так, при множественных эхинококковых кистах интрапаренхиматозно расположенных в одной из долей, когда удаление их поочередное или санация невозможны, следует прибегать к резекции печени со всеми кистами (в данном случае к ПГГЭ). Для других кист, локализованных в левой доле печени, метод лечения определялся числом, размерами кист и глубиной их залегания. У данного пациента после ПГГЭ, две небольших поверхностно расположенных кисты были иссечены с фиброзной капсулой, затем при двух небольших интрапаренхиматозных кистах III сегмента произведена их чреспеченочная санация раствором глицерина по стандартной методике.

Заключение. Предлагаемые методы лечения множественных эхинококковых кист печени с двухсторонней локализацией обычно сводятся к эхинококкэктомии поверхностно расположенных кист, краевым атипичным резекциям или чреспеченочно пункционному дренированию глубоких кист паренхимы печени с аспирацией содержимого и санацией полости кист. Гемигепатэктомии одной из половин печени с кистами, при наличии кист в противоположной доле, из-за опасности развития печеночной недостаточности, в литературе не описаны.

Хирургическая тактика лечения пациента, представленного в клиническом наблюдении, обоснована множеством интрапаренхиматозных эхинококковых кист правой доли, чреспеченочный пункционный доступ к которым был затруднен или невозможен. Кисты правой доли были инфицированы, что в сочетании с трудностями к их доступу, диктовали необходимость единственно возможного лечебного приема – правосторонней гемигепатэктомии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Ботиралиев А.Ш.¹, Усмонов У.Д.²

¹ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России, Россия, Москва.

²Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан.

Актуальность. Данные литературы свидетельствуют о росте заболеваемости эхинококкозом и сохраняющихся трудностями хирургического лечения больных эхинококкозом печени (ЭП), о чём свидетельствует частота рецидивов заболевания, составляющей около 25-30% среди первично оперированных пациентов, а также высокий уровень (50% и более) специфических послеоперационных осложнений. Продолжают активно обсуждаться вопросы места и роли, как радикальных, так и минимально-инвазивных хирургических вмешательств в лечении паразитарных кист печени.

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов различных способов оперативных вмешательств (радикальных, условно-радикальных, паллиативных) при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 609 больных ЭП, подвергнутым различным хирургическим вмешательствам в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в период с 1976 по 2018 г. В анализируемую группу вошли 359 (58,9%) больных, данные об оперативном лечении которых были опубликованы в 2010 г. (период 1976-2010 гг.), а также 250 (41,1%) больных, пролеченных в период 2010-2018 гг. Первичный эхинококкоз печени был у 413 (74,2%), пациенты с резидуальными эхинококкозом до поступления в стационар перенесли от 1 до 8 операций. Солитарные кисты имели место у 407 (66,9%) больных, множественные - у 202 (33,1%). Сочетанный эхинококкоз печени и других органов выявлен у 88 (14,4%) пациентов. При внепеченочной локализации эхинококковые кисты обнаружены в селезенке, брюшной полости, диафрагме, легких и др. Осложнения, связанные с гибелью паразита, отмечены у 219 (35,9%) больных: нагноение кисты – 45 (20,5%) случаев, частичное или полное обызвествление фиброзной капсулы паразита – 43 (19,6%), прорыв элементов кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита – 19 (8,7%), разрушение фиброзной капсулы с открытием в ее просвет желчных свищей – 39 (17,8%), сдавление большими кистами желчевыводящих путей или внутрипеченочных вен, приводящих к нарушению желчеоттока или портальной гипертензии и др. отмечено у 4 (1,8%) больных.

В связи с разнообразием клинических форм у наблюдавшихся и оперированных нами больных ЭП был разработан и внедрен в клиническую практику лечебно-диагностический алгоритм. Данный алгоритм включает следующие параметры для изучения: эпидемиологический анамнез; клинические исследования; лабораторные исследования (выявления эозонофилии; положительная РНГА); УЗИ с дуплексным сканированием сосудов; МСКТ и МРТ с МРХПГ; тонкоигольная пункция с цитологией содержимого кисты, цитологическое исследования жидкости брюшной полости;

ИОУЗИ при множественных кистах, у повторно оперируемых больных, при наличии осложнений эхинококкоза, при оценке топографии внутривнутрипеченочных сосудов.

Из 609 больных эхинококкозом печени, лечившихся в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в период с 1976 по 2018 г., открытые операции были выполнены у 557 (91,4 %). При этом радикальные операции, сопровождающиеся полным удалением фиброзной капсулы, применены у 252 (45,2 %) пациентов. Условно-радикальные операции, при которых фиброзная капсула удалялась почти полностью, но мелкие их части, тесно прилегающие к крупным внутривнутрипеченочным сосудам и протокам, сохранялись во избежание повреждения указанных структур и развития грозных осложнений (так называемые субтотальные перицистэктомии, дополняемые по показаниям атипичными резекциями) – у 160 (28,7 %). В группу условно радикальных операций отнесены 67 (12 %) больных после комбинированных операций при множественных ЭК, при которых из-за трудного подхода к кистам и возможности повреждения внутривнутрипеченочных структур с развитием серьёзных осложнений комбинировали полное или частичное иссечение фиброзных капсул с паллиативными вариантами ЭЭ.

Результаты и их обсуждение. При анализе данных 359 больных, оперированных в 1976-2010 гг., выявлено 74 (20,6%) послеоперационных осложнения, летальность составила 1,6% (5 пациентов). В период 2010-2018 гг. 250 больным с ЭП были выполнены следующие оперативные вмешательства: различные открытые радикальные вмешательства – 55 (22%), открытые вмешательства без удаления фиброзной капсулы – 55 (22%), условно-радикальные открытые оперативные вмешательства – 119 (47,6%); лапароскопические вмешательства без удаления фиброзной капсулы – 7 (2,8%). чрескожные пункционно-дренажные вмешательства без удаления фиброзной капсулы – 14 (5,6%). Мы провели сравнительную оценку частоты и характера осложнений у 243 больных после открытых оперативных вмешательств в 3-х группах.

В 1-й группе больных, у которых фиброзная капсула не удалялась, гнойно-воспалительные осложнения, нагноения кисты, желчеистечение, желчно-гнойный свищи имели место в 34,5% случаев, желчный перитонит – в 1,8%, летальный исход – у 2 (3,6%) пациентов.

Во 2-й группе больных с радикальными вмешательствами после операции преимущественно выявляли жидкостные скопления – 27,7% наблюдений. Гнойно-воспалительные и желчные осложнения отмечены в 12,7% наблюдений, желчный перитонит – в 1,8%, летальный исход – у 2 (3,6%) больных.

Наконец, среди больных, которым произвели условно-радикальные вмешательства (3-я группа) наиболее частым осложнением явились нагноения со стороны остаточной полости – у 15,1%. Жидкостные скопления были выявлены у 7,5% пациентов, летальных исходов не было. В нашем исследовании после чрескожной ЭЭ осложнения в виде нагноения остаточной полости отмечены в 1,7% наблюдений. Все пациенты были излечены дренированием под УЗ-наведением. Из интраоперационных осложнений во время лапароскопической ЭЭ кровотечение имело место у 5 (3,5%) больных.

Совершенствование техники операций, внедрение современных методов диагностики (комплексное УЗИ, ИОУЗИ, МСКТ, МРТ с МРПХГ). расширение показаний к радикальным и условно радикальным операциям (перицистэктомия – 38,4%, резекция печени – 17,6%), позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 51 до 16,7%, а послеоперационную летальность – с 8 до 1,5%.

Выводы. Радикальные и условно радикальные методы хирургического лечения первичного и резидуального ЭП позволяют в большинстве случаев добиться хороших результатов. Низкая частота рецидивов и относительно безопасный послеоперационный период позволяют считать, что в условиях растущей

заболеваемости ЭП, в том числе осложненных форм, необходимым и достаточным является применение операций в объёме тотальных и субтотальных перицистэктомий, дополненных при необходимости сегментарными и субсегментарными резекциями печени.

Тотальную перицистэктомию целесообразно применять при краевом расположении кист и отсутствии их контакта с крупными сосудисто-секреторными элементами. Обширные резекции печени, оставаясь в арсенале радикальных методов лечения эхинококкоза печени, должны выполняться по строгим показаниям.

При неосложненных кистах без дочерних пузырей эффективными являются пункционно-дренажные методы. Эндовидеохирургические операции при ЭП сопряжены с трудностями профилактики диссеминации элементов эхинококковой кисты, но могут быть эффективными при поверхностном, доступном обзоре расположении кист. Для подтверждения правильности избранной лечебной тактики обязательно применение ИОУЗИ. Необходимы также дальнейшие исследования в этом направлении.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В настоящее время продолжают развиваться разработки миниинвазивных методик холецистэктомии (ХЭ) из мини-доступов, которые показаны в тех случаях, когда в связи с сопутствующим заболеванием наложение пневмоперитонеума и, следовательно, ЛХЭ противопоказаны. Технология имеет преимущества по сравнению с существующими методами, важными из которых являются возможность визуального осмотра, пальцевой ревизии желчного пузыря (ЖП) и элементов гепатодуоденальной связки, использование стандартной хирургической техники, отсутствие карбоксиперитонеума, возможность оперирования пациентов, которым ранее проведены операции на органах брюшной полости; мышцы не рассекаются, а раздвигаются вдоль волокон; при необходимости конверсии доступ можно быстро расширить до типичного. Кроме того, себестоимость операции из мини-доступа в 2,5-3 раза меньше лапароскопической.

Материал и методы. Нами разработан и внедрен усовершенствованный способ холецистэктомии из мини-доступа. В дальнейшем нами внедрены инструменты оригинальной конструкции, которые позволили повысить эффективность оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни (ЖКБ). Модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа при ЖКБ применен у 94 (22,7%) больных.

Предлагаемый способ относится к хирургии желчных путей и может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и желчном пузыре у больных с ЖКБ, проводимых на отечественном оборудовании с помощью отечественного инструментария оригинальной конструкции, следовательно, «промышленно применим». Задачей изобретения является повышение эффективности ХЭ из мини-доступа у пациентов любого телосложения при уменьшении травматичности, достижения косметичности рубца и сокращение времени операции.

Техническим результатом является универсальность разреза для любого телосложения и расположения желчного пузыря. Предлагаемый способ относится к хирургии желчных путей и может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и желчном пузыре у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), проводимых инструментами (ретракторами оригинальной конструкции) впервые используемые в нашей республике, следовательно, «промышленно применим».

Результаты и их обсуждение. Способ выполнения ХЭ из мини-доступа осуществляют следующим образом. 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 3-3,5-4,0 см (в проекции пузырьной точки), где мини-разрез начинают на середине проекции правой прямой мышцы живота. После, в косопоперечном направлении, рассекают $\frac{1}{2}$ часть переднего листка влагалища прямой мышцы живота, которую отодвигают в медиальном направлении коротким краем крючка Фарабефа и рассекают $\frac{1}{2}$ часть его заднего листка.

Апоневроз наружной косой мышцы и поперечную мышцу 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, которые в точности определяют нахождение желчного пузыря. Дно желчного пузыря берут в зажим Люера и слегка вытягивают в рану. Поочередно в полость раны вводят салфетки Купера, в количестве 2-3. Над ними накладывают 2 инструмента оригинальной конструкции (который впервые используется в нашей республике) в медиальном углу раны и со стороны нижнего края. Ширина ретрактора составляет 2 см, а длина - 25 см. Край печени отодвигается длинным концом крючка Фарабефа. Затем, отступив 4-5 мм от края печени, производят субсерозную отслойку желчного пузыря от ложа, захватив дно желчного пузыря зажимом Люера.

По ходу мобилизации желчный пузырь 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 для любого телосложения пациента, любого расположения желчного пузыря (латерального либо медиального), расположения желчного пузыря за реберной дугой, при высоком стоянии печени, а при подпеченочном инфильтрате отпадает необходимость делать конверсию (переход на лапаротомию).

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. Длительность операции - от 18 до 25 минут.

Предлагаемый способ относится к хирургии желчных путей и может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и желчном пузыре у больных с ЖКБ, проводимых на отечественном оборудовании с использованием ретракторов оригинальной конструкции, следовательно, «промышленно применим».

Заключение. Таким образом, совокупность признаков обеспечивает достижение технического результата, а именно универсальность разреза для любого телосложения и расположения желчного пузыря. Предлагаемый способ выполнения холецистэктомии из мини-доступа обеспечивает повышение эффективности холецистэктомии при любом телосложении больного, а также уменьшении травматичности, косметичность рубца и сокращение продолжительности операции. Кроме того, в способе впервые используются хирургические инструменты (ретракторы шириной 2 см, длиной - 25 см), что позволяет избежать дополнительных материальных затрат при проведении операции, снижается травматичность операции за счет сохранения целостности нервных окончаний, правой прямой и косых мышц живота, небольшой

косопоперечный разрез (3-4 см) и пластические швы дают лучший косметический эффект, а также снижают продолжительность операции.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

*Ботиров Ж.А., Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Султонов Х., Тургунбоев А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. На сегодняшний день известно более 200 способов формирования кишечных стом, которая при осложненной патологии толстой кишки формируется в 50-80% случаев. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций (РВО) после операций Гартмана (ОГ) являются единственным верным способом избавления от этого состояния. К настоящему времени известно более 500 способов РВО, что свидетельствует о продолжающемся поиске. При этом, инвагинационные анастомозы стоят в ряду других несколько особняком, а также имеют как положительные, так и отрицательные качества. Улучшение результатов РВО после операций Гартмана является актуальным для практического здравоохранения и здоровья населения страны, что послужило поводом к проведению настоящего исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств после операций Гартмана путем оптимизации тактико-технических аспектов, а также всех нюансов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Материал и методы. Предметом нашего исследования явились 127 больных с толстокишечными стомами после операции Гартмана, оперированных на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского медицинского института и хирургического отделения РНЦЭМП «Андижанского филиала» за последние 20 лет. 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 2011 по 2020 гг., включающий 54 (42,5%) больных с левосторонней толстокишечной стомой, где оптимизировалась хирургическая тактика и технические приемы операций.

Из общего числа больных, мужчины составили 78 (61,4%), а женщины 49 (38,6%), с соотношением 2:1. Наш анализ показал, что основной контингент составили больные молодого и зрелого возраста – 94 (74%), то есть наиболее трудоспособная часть населения. В то же время немалую часть составили и лица пожилого и старческого возраста (26%). Возраст пациентов колебался от 22 до 79 лет.

Наряду с общеклиническими и лабораторными, нами использовались современные методы исследования, это рентгенологические исследования, УЗИ, Колоноскопия, КТ, позволяющие получить научно обоснованный достоверный результат, что было достаточным для решения поставленной цели и задач исследования.

Результаты и их обсуждение. Сопутствующая терапевтическая патология в виде заболеваний ССС диагностированы у 21 (16,5%) больного, заболевание органов дыхания – у 6 (4,7%), анемии – 7 (5,5%), мочеполовой системы- 1.6% и печени -2.4% больных. Из сочетанной хирургической патологии, диагностированы вентральные грыжи – 9 (7,1%), а также желчнокаменная болезнь – 7 (5,5%) и киста яичников - у 3 (2,4%) больных.

По определенным показаниям при выполнении РВО мы применяли традиционные методы формирования коло-колоанастомозов по принципу «конец в конец», «конец в бок», «бок в бок». В связи с общеизвестностью, данные методики подробно не изложены.

Нами в процессе работы широко применен усовершенствованный способ формирования инвагинационного толстокишечного анастомоза (патент ПВ РУз №03238), который разработан и внедрен сотрудниками нашего коллектива и применен у 37 (29,1%) больных. Однако, наряду с преимуществами по сравнению с «традиционными» толсто-толстокишечными анастомозами, основным недостатком является соединение не одноименных тканей и возможность выворачивания инвагината с полным закрытием проходимости при излишней длине инвагината, которое отмечено у 2 больных контрольной группы. В связи с этим, в последние годы нами стал применяться новый модифицированный способ «погружного» инвагинационного анастомоза, где учтены недостатки прежнего способа, на что получено положительное решение на изобретение в патентном ведомстве Республики Узбекистан № 0030. от 2021 года и применен у 12 (22,9%) больных.

Способ технически прост по своему исполнению, исключаются недостатки инвагинационных анастомозов путем накладывания первого ряда адаптирующих слизисто-подслизисто-мышечных швов. Используется атравматическая игла с викрилом №3 и захватом в шов подслизистого слоя стенок кишок. Преимуществом и основным отличительным признаком данного способа является соединение одноименных слоев кишок, что позволяет адаптировать соединяемые отрезки кишок с формированием манжеты-валика (инвагината) и способствует значительному уменьшению нагрузки на линию первого ряда швов при изменении давления в просвете кишок.

При определении диастаза между стомой и культей прямой кишки, мы придерживались классификации Васильева В.С. (1984). В процессе работы нами разработан лечебно-диагностический алгоритм, позволивший оптимизировать хирургическую тактику, при которой учитывались характер ранее перенесенной операции, течение послеоперационного периода, наличие парастомальных осложнений, сопутствующей терапевтической патологии и степень их выраженности, а также диастаз между стомой и культей прямой кишки и его функциональное состояние. Предоперационная подготовка наряду с общеизвестными включало в себя превентивную антибиотикотерапию, профилактику тромбоэмболических осложнений и специфичную подготовку орального отдела, а также культы прямой кишки.

В результате оптимизированной хирургической тактики, с учетом всего вышеизложенного, в основной группе и группе сравнения, в целом, в сроки от 3 месяцев и менее и до 6 месяцев РВО выполнены 43 (33,9%) больным. В сроки 7-12 месяцев - у 75 (66,9%) и в сроки более 1 года – лишь у 9 (7,1%) больных, что представлено на данном слайде. В послеоперационном периоде, наряду с общепринятыми мероприятиями, большое внимание уделяли ранней активизации больных, стимуляции кишечника с мероприятиями по поддержанию жидкого стула. Также проводили специфическую профилактику ТЭО, а также профилактику гнойно-септических осложнений и лечение сопутствующей патологии. Сравнительный анализ результатов РВО у наших больных показал, что в основной группе в 81,5% случаев послеоперационный период протекал без осложнений, тогда как в контрольной – в 61,6% (улучшение результатов на 19,9%). Несостоятельность швов коло-колоанастомозов в основной группе диагностированы лишь у 7,4% больных с летальным исходом в 5,5% случаев, тогда как в контрольной группе – 16,4 и 12,3%, соответственно (несостоятельность швов уменьшились на 9%, послеоперационная летальность на 6,8%). 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%).

Заключение. Таким образом, комплексным подходом с использованием предложенного двухэтапного лечебно-диагностического алгоритма, с учетом всех нюансов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, а также более широким использованием инвагинационных и «погружных» инвагинационных анастомозов мы оптимизировали хирургическую тактику и улучшили результаты реконструктивно восстановительных оперативных вмешательств у больных с толстокишечной стомой после операции Гартмана.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА С НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА.

*Валижанова З.И., Абдулхаева Д.Р., Юлдашева Г.Р., Турдиева Н.Д.
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республиканский колледж Олимпийского и параолимпийского резерва*

Цель исследования. Изучение микробиоценоза кишечника у спортсменов циклического вида спорта с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов клинического исследования 92 спортсменов циклического вида спорта. Обследовано 92 спортсменов циклического вида спорта из них 66 спортсменов с синдромом раздраженного кишечника (71,9 %) и 26 спортсменов функциональной диспепсией (28,1 %).

Материалом для изучения микрофлоры кишечника являлись фекалии, взятые из последней порции калового цилиндра. По результатам исследования выделено 3 типа дисбиоза толстой кишки: «Профицитный» - когда содержание большинства микроорганизмов (в основном облигатные анаэробы, относящиеся к условно-патогенной микрофлоре) превышало норму; «Дефицитный» - когда содержание большинства выявленных микроорганизмов было ниже нормы.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследования показывает, что дисбактериоз кишечника 3 и 2 степени преимущественно встречался в группе «Синдром раздраженного кишечника» и, в меньшей степени, в группе «Сочетанные функциональные заболевания». Дисбактериоз кишечника 1 степени выявлялся более чем у половины больных в группе «Функциональная диспепсия» и примерно у трети больных группы «СРК» Нормальный анализ кала выявлялся у каждого второго в группе «Сочетанные функциональные заболевания» и у каждого четвертого в группе «Функциональная диспепсия».

При анализе кала методом ГХГ-МС признаки дисбактериоза кишечника выявлены у 100% больных Функциональные заболевания органов пищеварения. На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что по типу дисбактериоза кишечника обнаружены статистически значимые различия между всеми группами. В группах «Синдром раздраженного кишечника» и «Сочетанные функциональные заболевания» чаще всего встречались спортсмены с дефицитным типом дисбактериоза кишечника, реже с профицитным и еще реже с разнополярным типом. Среди спортсменов ФД, наоборот, чаще всего определялся разнополярный тип дисбактериоза кишечника, в меньшей степени профицитный и еще меньше дефицитный тип.

Выводы. Таким образом, больные синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи в сочетании с функциональной диспепсией, характеризовались специфическим профилем: большая степень дисбактериоза кишечника (II - III ст.) и «профицитный» его тип, большее среднее содержание серотонина сыворотки, большая частота тревожных расстройств. Больные с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров в сочетании с функциональной диспепсией характеризовались меньшей степенью дисбактериоза кишечника (I ст.) и «дефицитным» его типом, меньшим средним содержанием серотонина сыворотки, одинаковой частотой тревожных и депрессивных расстройств.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MMP 9 (GLN279ARG) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Василевский Э.А., Алейник В.А., Бобоев К.Т.,
Мусашихов Х.Т., Дадабаев О.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей — синдром, характеризующийся нарушениями венозного оттока на макрогемодинамическом уровне, которые приводят к дезорганизации регионарной системы микроциркуляции. Актуальность проблемы ХВН определяется распространенностью заболевания. По данным Международного союза флебологов (2015), различные формы ХВН можно обнаружить более чем у половины населения развитых стран. Хроническая венозная недостаточность должна изучаться на самых ранних стадиях, когда ещё возможно применение профилактических мер. Это подчеркивает необходимость фундаментальных исследований биомаркеров и генетических предрасполагающих факторов, влияющих на прогрессирование ХВН. Исследования, проведенные за последнее десятилетие, позволили понять эти специфические генетические, клеточные и молекулярные механизмы, лежащие в основе развития венозных заболеваний. Среди многих достижений следует отметить выявление роли матриксных металлопротеиназ (ММП) как важных медиаторов дегенеративного процесса, связанного с возникновением и прогрессией венозной недостаточности.

Цель исследования

Изучение полиморфизма гена MMP 9 (Gln279Arg) у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей с целью разработки новых подходов к её диагностике и назначению оптимальной терапии.

Материал и методы исследования

Диагноз ХВН верифицировали на основании результатов лабораторно-инструментальных (УЗДГ) и молекулярно-генетических исследований. Обследованы 98 больных в возрасте от 20 до 78 лет с хронической венозной недостаточностью, в том числе, в соответствии с классификацией CEAP, 45 больных были со средней тяжестью течения ХВН (класс C3-C4) и 53 больных – с тяжелой степенью течения ХВН (класс C5-C6). Пробанды находились на стационарном лечении в клинике Андижанского медицинского института. Контрольную группу составили 87 здоровых лиц.

Определение полиморфных генетических маркеров генов проводили в отделе молекулярной медицины и клеточных технологии на базе Республиканского научно-практического медицинского центра гематологии МЗ РУз. Для молекулярно-генетического анализа брали венозную кровь в количестве 3 мл в вакутайнер 5мл (ЭДТА). Изоляцию ДНК производили стандартным методом с использованием набора

реагентов «Рибо-преп». Детекции молекулярных маркеров для гена MMP9 осуществляли путем стандартной полимеразной цепной реакции на программируемых термоциклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и 2720 «Applied Biosystems» (США) с использованием тест-системы компании «Синтол» (Россия) согласно инструкции производителя. Оценка отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди – Вайнберга (РХВ) проводилась с помощью компьютерной программы анализа генетических данных «GenePop» (Genetics of Population).

Результаты исследования.

В результате исследований половых различий по результатам лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований не было выявлено. По данным УЗДГ преобладали гемодинамические нарушения в системе глубоких вен нижних конечностей с их расширением и дилатацией стенок, а так же несостоятельность остиального клапана, клапанов перфорантных вен. У 74% исследуемых больных наблюдались трофические поражения кожи нижних конечностей.

Увеличение уровня MMP-9 коррелирует со снижением сократительной способности сегмента вены, ремоделированием её стенки, что рассматривается это как потенциальный механизм венозной дилатации, наблюдаемой при хроническом заболевании вен.

В результате анализа полиморфного варианта гена MMP 9 нами была выявлена его ассоциация с риском развития ХВН.

Мутационный вариант полиморфного гена MMP9 был выявлен у пациентов основной группы, в частности у пациентов с тяжелой степенью ХВН (C5-C6) ($\chi^2=0.87$; $P=0.5$; $RR=1.3$; $95\% CI 0.65-2.55$; $OR=1.3$; $95\% CI 0.59-3.08$).

Выводы

По данным УЗДГ сосудов нижних конечностей для ХВН характерно расширение и потеря тонуса стенок вен нижних конечностей, несостоятельность клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен нижних конечностей. В ходе проведенного молекулярно-генетического исследования выявлена взаимосвязь полиморфизма гена MMP 9 (Gln279Arg) с ХВН. Выявление гена-кандидата ХВН обеспечивает профилактику развития данной патологии и играет большую роль для разработки новых подходов к диагностике и лечению ХВН.

ИНТЕРЛАМИНАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

*Давлатов Б.Н, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б,
Ботиров Н.Т, Абдулазизов О.Н.*

Андижанский государственный медицинский институт.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель исследования. Оценить эффективность интерламинарной декомпрессии у пациентов с поясничным дегенеративным стенозом позвоночного канала.

Материал и методы. Наше наблюдение включает себя 100 больных с дегенеративным стенозом позвоночного канала на поясничном уровне, которым выполнили интерламинарную декомпрессию симптомной стороны (в случае двусторонней симптоматики декомпрессию выполняли с двух сторон). Катамнез составил 2 года. У 28 пациентов до операции был спондилолистез первой степени, этим пациентам была исключена механическая нестабильность при проведении функциональной рентгенографии в положении стоя.

Результаты. Среднее значение боли в поясничной области при ходьбе до операции, через 1 год после операции и через 2 года после операции составило 3,3, 1,3 и 1,9 баллов по ВАШ соответственно. Среднее значение боли в ноге при ходьбе до операции, через 1 год после операции и через 2 года после операции составило 6,8, 2,3 и 2,3 баллов по ВАШ соответственно. Среднее значение качества жизни по Освестри до операции, через 1 год после операции и через 2 года после операции составило 59,8 %, 30,2 % и 28,6 % соответственно. У 33 больных отметили неудовлетворительный результат в виде рецидива болевого синдрома. Все эти пациенты были обследованы. Установлены следующие причины рецидива боли: 9 больных — рестеноз позвоночного канала, 2 больных — появление грыжи диска на уровне операции, 4 больных — появление фасеточной боли на уровне операции, 4 больных — развитие клинической нестабильности на уровне операции, 3 больных — появление корешковой боли в противоположной ноге (боли не было до операции), 2 больных — отсроченный рецидив радикулопатии (при отсутствии компрессии по данным контрольной МРТ), 9 больных — декомпенсация сопутствующих заболеваний (у 4-х — коксартроз, у 3-х — гонартроз, у 2-х — хроническая ишемия нижних конечностей). Семь пациентов были оперированы повторно (1 с грыжей диска, 6 с рестенозом), у всех 7 пациентов за 6-месячный период наблюдения отметили хороший результат. Удалось установить взаимосвязь только между развитием рестенозом позвоночного канала и наличием листеза до первой операции. Из 9 пациентов с рестенозом позвоночного канала у 8 больных до операции был спондилолистез.

Заключение. Таким образом, интерламинарная декомпрессия является эффективным хирургическим пособием у пациентов с дегенеративным люмбальным стенозом. Наличие спондилолистеза, даже при исключении механической нестабильности, является фактором риска неэффективности данной операции.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA (G634C) В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Дадабаев О.Т., Алейник В.А., Бобоев К.Т., Мусаайхов Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы

Сахарный диабет является одним из заболеваний, темпы роста которого за последние десятилетия приобрели масштаб мировой эпидемии Синдром диабетической стопы (СДС) - частое осложнение, которое вызывается сочетанием невропатии и различных уровней поражения сосудов. Гнойно-некротическое поражение нижних конечностей при СДС занимают одно из ведущих мест среди хирургических болезней. Предыдущее исследование показали, что в развитии СДС участвуют различные факторы. Генетические факторы определяют индивидуальную реакцию на факторы риска СДС. В патогенезе СДС ведущую роль занимает нарушение функций эндотелия сосудов. Одним из факторов наступления макро- и микроангиопатий при СДС может быть дисфункция сосудистого эндотелиального фактора роста А (VEGFA), который является мощным митогеном клеток эндотелия сосудов и протеином, что обеспечивает миграцию эндотелиоцитов, их инвазию в коллагеновый гель и образования новых сосудов. VEGFA необходим не только для формирования нормальных сосудов, но и для их созревания и выживания. Показано, что длительное снижение концентрации или блокада VEGFA приводит к ухудшению выживания эндотелиальных клеток, уменьшению в тканях терминальных артериол и капилляров, повышению артериального давления. Ген VEGFA находится на коротком плече 6-й хромосомы (6p21.3) и состоит из 8 экзонов, разделенных 7 интронами. .Полиморфные варианты

гена VEGFA, кодирующего выработку сосудистого эндотелиального фактора роста А, участвующего в процессе ремоделирования сосудистой стенки, ассоциированы с развитием сахарного диабета, при этом данных о связи данного гена с развитием синдрома диабетической стопы нет.

Цель исследования Изучить степень распространенности аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена VEGFA (G634C) у пациентов с синдромом диабетической стопы и у пациентов в контрольной группе.

Материал и методы исследования Диагноз СДС устанавливался на основании результатов лабораторно-инструментальных (УЗДГ) и молекулярно-генетических исследований. Обследованы 96 больных в возрасте от 39 до 76 лет с сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы. Больные находились на стационарном лечении в клинике Андижанского медицинского института. Контрольную группу составили 83 здоровых лиц.

Определение аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена VEGFA (G634C) проводили в отделе молекулярной медицины и клеточных технологии на базе Республиканского научно-практического медицинского центра гематологии МЗ РУз. Основным методом молекулярно – генетического исследования был ПЦР-анализ. Выделение геномной ДНК проводили из лимфоцитов периферической крови пациентов с помощью набора для выделения AmpliPrime RIBO-prep (ООО «Интерлабсервис», Россия). Исследование проводилось методом количественного ПЦР-анализа в реальном времени (Real-Time PCR). Амплификацию проводили с использованием термоциклера для ПЦР-анализа в реальном времени - Rotor Gene Q, (Quagen, Германия). Для определения генетических маркеров использовали тест-системы компании «Синтол» (Россия) согласно инструкции производителя. Для сравнения распределения генотипов в экспериментальной и контрольной группах а также соответствия этого распределения равновесию Харди-Вайнберга применяли χ^2 - критерий Пирсона. Для установления риска развития СДС рассчитывали отношение шансов (OR) и 95% доверительный интервал (CI). Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет приложений «OpenEpi, 2009, ВЕРСИЯ 9.3.

Результаты исследования. Нами установлено, по результатам проведенных лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований, отсутствие половых различий. Частоты аллелей rs2010963G и rs2010963C в основной группе больных и группе контроля составили 75,5 % и 24,5 % и 89,1 % и 10,1 %, соответственно. При этом распределение аллелей в обследованных группах значительно отличалось, т.е. неблагоприятный аллель С был достоверно выше среди основной группы больных ($\chi^2=11,1$; $P=0,01$; $OR=2,7$; 95 % CI: 1,5 - 4,74) и в подгруппе больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС ($\chi^2=10,6$; $P=0,01$; $OR=2,8$; 95 % CI: 1,51 - 5,21). Для аллеля С было показано наличие прямой, статистически значимой связи с заболеванием, $RR=1,2$ (95% CI: 0,53 - 2,63). В основной группе по сравнению с популяционной выборкой показано статистически значимое уменьшение частоты аллеля G, т.е. данный аллель оказывает протективный эффект $\chi^2=9,11$; $p=0,01$; $RR=0,8$; 95% CI: 0,58 - 1,23). Гомозиготный G/G генотип имел защитный эффект по отношению к заболеванию, т.к., шанс выявить данный генотип статистически значимо ниже в выборке больных по сравнению с условно-здоровыми лицами ($OR=0,3$; 95% CI: 0,18 - 0,68; $\chi^2=9,5$; $p=0,01$).

Встречаемость гетерозиготного генотипа G /C среди больных в основной группе почти в 2 раза превышает его значения в контрольной группе ($OR=2,4$; 95% CI: 1,16 - 4,76; $\chi^2=5,6$; $p=0,025$), гомозиготного генотипа C /C – более чем в 2,7 раза ($OR=3,7$; 95% CI: 0,83 - 16,25; $\chi^2=3,0$; $p=0,01$)

Заключение. Полиморфизм G634C в гене VEGFA (rs2010963), участвует в

формирование и развитие синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом. Наличие аллеля С и генотипов G/C и C/C полиморфизма G634C в гене VEGFA достоверно повышает, а носительство аллеля G и генотипа G/G понижает риск развития синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ С РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Дехконов А.Т.¹, Дадабаев О.Т.², Хамдамов Б.З.¹, Ражабов Д.У.¹
Бухарский Государственный медицинский институт¹, Андижанский
Государственный медицинский институт²*

Актуальность: Развитие гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях сопряжено с формированием гемореологических нарушений. Их особая выраженность имеет место при наличии синдрома системной реакции на воспаление особенно на фоне сахарного диабета. Комплексный подход к оценке иммунного статуса у таких больных были проведены крайне редко, в связи с тем мы сочли целесообразным провести анализ полученных результатов по определению параметров иммунной системы больных и здоровых лиц в сравнительном аспекте.

Цель исследования: Изучение и оценка показателей иммунной системы больных раневой инфекцией на фоне сахарного диабета в сравнении с данными здоровых лиц.

Материал и методы: Для проведения исследований были привлечены 153 больных гнойно-некротическими поражениями мягких тканей (абсцессы, флегмоны, ползучие флегмоны, карбункулы) на фоне сахарного диабета, из них 97 мужчин (63,3%) и 56 женщин (36,7%). Средний возраст обследованных больных составил $54 \pm 17,5$ года. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, половозрастной состав которых был практически одинаковым с больными.

Все исследования были проведены в отделении гнойной хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра и в Институте иммунологии и геномики человека АН РУз.

Результаты и обсуждение: Изучение относительного и абсолютного количества лимфоцитов, несущих на своей поверхности дифференцирующих маркеров CD3+ (Т-лимфоциты) показали, что у больных раневой инфекцией на фоне сахарного диабета был установлен Т-иммунодефицит.

Сравнительное изучение относительного и абсолютного количество Т-лимфоцитов (CD3+-клетки) и их регуляторных субпопуляций- Т-хелперов/индукторов (CD4+-клеток) и Т-супрессоров/цитотоксических лимфоцитов (CD8+клетки) показали, что у больных раневой инфекцией на фоне сахарного диабета параметры изменились с одинаковой тенденцией и разнонаправленностью. Абсолютные количества всех клеток у больных были достоверно повышенными, но относительные показатели были достоверно сниженными по отношению к данным здоровых лиц.

Результаты исследований параметров В-системы лимфоцитов, показали, что в отличие от Т-системы лимфоцитов относительное и абсолютное количество В-лимфоцитов (CD20+-клетки) у больных было достоверно больше показателей здоровых лиц, соответственно в среднем в 1,2 и 1,6 раза ($P < 0,05$) - $22,80 \pm 0,96\%$ и 619 ± 26 мкл у больных, против $19,42 \pm 1,39\%$ и 379 ± 27 мкл у здоровых лиц.

Показатели гуморального иммунитета (иммуноглобулины классов М, А и G - IgM, IgA и IgG) имели такую же тенденцию и направленность изменений у обследованных больных, как и CD20+- и CD23+-клетки.

Концентрация всех изученных иммуноглобулинов сыворотки крови у больных были повышенными по отношению к данным контроля, только лишь с разной интенсивностью.

Сравнительная характеристика параметров иммунной системы Т- и В- системы лимфоцитов показали, что у обследованных больных с раневой инфекцией на фоне СД эти показатели изменились в противоположную сторону- снижение содержания Т-лимфоцитов и увеличение концентрации В-лимфоцитов.

Исследованиями установлено что, изучение лимфоцитов с маркерами ранней активации (CD25+-клетки) и готовности клеток к апоптозу (CD95+-клетки), а также натуральных киллеров (CD16+-клеток) у больных раневой инфекцией на фоне сахарного диабета в сравнении с здоровыми людьми показали, что содержание всех изученных клеток были достоверно повышенными. Это факт указывает, что все лимфоциты активизированы и иммунная система напряжена.

Этот факт подтверждает, что у обследованных больных воспалительный процесс был развит сильно, связанная с достаточным количеством патогенов в инфицированном очаге и развитием у больных синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), что на наш взгляд усугубляет течение патологического процесса, а воспалительный процесс в свою очередь приводит к усугублению течения раневой инфекции. Таким образом, возникает порочный круг с взаимоотягощением раневой инфекции и синдрома системной воспалительной реакции ССВР.

Выводы:

1. Изучение относительного и абсолютного количества CD3+-клеток и их регуляторных субпопуляций CD4+- и CD8+-клеток показали, что у больных с раневой инфекцией на фоне СД эти параметры изменились с одинаковой тенденцией и разнонаправленностью, при этом абсолютное количество клеток были повышенными, а относительное достоверно сниженными по отношению к контролю.
2. Тенденция и направленность изменений к повышению наблюдается при анализе содержания IgM, IgA и IgG в сыворотке крови, при этом наибольшему увеличению подвержены IgM, где отличие их от здоровых составляют 2,9 раза.
3. Сравнительная характеристика параметров иммунной системы Т- и В- системы лимфоцитов показали, что у обследованных больных с раневой инфекцией на фоне сахарного диабета эти показатели изменились в противоположные стороны - снижение содержания Т-лимфоцитов и увеличения концентрации В-лимфоцитов.
4. Изучение лимфоцитов с маркерами ранней активации (CD25+-клетки) и готовности клеток к апоптозу (CD95+-клетки), а также натуральных киллеров (CD16+-клеток) у больных с раневой инфекцией на фоне сахарного диабета в сравнении со здоровыми людьми показали, что содержание всех изученных клеток были достоверно повышенными у больных. Этот факт указывает на развитие синдрома системной воспалительной реакции.

**ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОГЕННОЙ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ В
СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ XXI ВЕКА- Fast Trask
Surgery (хирургия быстрой реабилитации).**

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.

Андижанский медицинский институт.

Цель работы: Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний, а так же клинические наблюдения охватывающие более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через посткапиллярные венулы. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде..

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии (патент СССР № 365\98, патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию. Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У Джумабаев 1980).

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

**ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ЗНАЧЕНИЕ ПРИКЛАДНОЙ
ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан.

Введение. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняют 234 млн. обширных оперативных вмешательств, серьезные осложнения развиваются в 3-16% случаев, показатели стойкой нетрудоспособности или смертности составляют 0,4-0,8%, а в развивающихся странах: 5-10% [1]. Не принесла ожидаемых результатов и так называемая Fast Trask Surgery, направленная на уменьшение осложнений и быструю реабилитацию пациентов, за счет использования современных малоинвазивных технологий и прогрессивной реанимации. Наряду с этим, в специальной литературе отсутствует систематизированная форма выявления и учета послеоперационных осложнений как, впрочем, и упорядоченная общепринятая классификация хирургических осложнений, в системе здравоохранения, что не позволяет своевременно выявлять и корректировать осложнения возникающие на ультраструктурном уровне в раннем послеоперационном периоде. Существующие классификации послеоперационных осложнений в специальностях «кардиохирургия», «легочная хирургия», при абдоминальной травме, а так же недавно предложенные, международные и российская редакции классификаций осложнений в хирургии[5], представляющих собой комбинацию двух систем оценки: классификации интраоперационных неблагоприятных инцидентов по R. Satava и модификации классификации послеоперационных осложнений Clavien-Dindo, Occordion, к сожалению не отражают весь спектр патологических процессов развивающихся на самых ранних стадиях послеоперационного периода в интерстициальном пространстве и лимфатической системе области хирургического вмешательства, в значительной степени предопределяющих исход хирургического лечения.

Цель работы. Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике и лечении.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение состояния интерстициальной ткани зоны операционного вмешательства, микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний и выполнения хирургических вмешательств. Клинические наблюдения охватывают более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через

посткапиллярные вены. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, чрезмерного отека и так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений в виде дискинезии полых органов, инфильтратов, анастомозитов, несостоятельности швов, гнойно-септических процессов и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде.

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии, (патент СССР № 365\98), лимфогенной гистореанимации (патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию.

Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У Джумабаев 1980).

Результаты клинических и экспериментальных исследований показали, что метод локальной лимфогенной гистореанимации достоверно улучшает дренаж и микроциркуляцию тканей, нормализует местный иммунологический гомеостаз, позволяет быстрее выводить из состояния «шока» и парабиоза оперированные ткани и органы. Использование региональной лимфотропной антибиотикотерапии позволяет создавать в тканях, центральной лимфе и крови длительно удерживающиеся, терапевтические концентрации антибиотиков при использовании их доз в 3-4 раза ниже общепринятых.

С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфатической терапии в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,2-1,5 раза, уменьшение количества инъекций в 2-3 раза, сокращение сроков лечения на 10-25% и расходов на стационарное лечение на 25-40%.

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОГЕННОЙ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ XXI ВЕКА- FAST TRASK SURGERY (ХИРУРГИЯ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ).

*Джумабаев э.с., джумабаева с.э., саидходжаева д.г., накирдинов а.с., суюнов д.м.
Андижанский медицинский институт*

Цель работы: Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний, а так же клинические наблюдения охватывающие более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через посткапиллярные венулы. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде..

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии (патент СССР № 365\98, патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию.

Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У Джумабаев 1980).

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

**СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ С
НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА**

*Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Бабаджанов А.С., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р.,
Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Фарманова Г.У.,
Жумабаев Ж.Ж.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова» (г. Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность: на сегодняшний день в арсенале хирургов имеется множество вариантов симптоматического лечения дисфагии у больных с кардиоэзофагеальным раком (КЭР). Однако на первое место выступают эндоскопические методы реканализации КЭР, которые могут проводиться в качестве подготовки больного к радикальному хирургическому лечению.

Цель: изучить возможность эндоскопического стентирования в лечении больных с нерезектабельными стадиями КЭР.

Материалы и методы: мы располагаем опытом лечения 286 больных с неоперабельными и нерезектабельными стадиями КЭР. Из их числа эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания использованы у 123(43%) пациентов.

Результаты: Эндоскопическая диатермотуннелизация выполнена в 17(13,8%) случаях, однако из-за продолжающегося прогрессивного роста опухоли и частого рецидива дисфагии, она не может рассматриваться как самостоятельный метод коррекции дисфагии. Стентирование опухоли выполнено у 110(86,2%) больных.

С 2001 по 2018гг. в 84 случаях нами использовался стент из силиконовой трубки собственной конструкции. В раннем периоде развились следующие осложнения: кровотечение у 12(11,8%), перфорация опухоли у 3(2,97%) и болевой синдром у 6(7,1%). Среди поздних осложнений развились: обтурация стента пищей у 18(21,4%), обтурация проксимального отдела стента опухолью 9(10,7%), обтурация дистального отдела стента опухолью – 6(7,1%), миграция стента в желудок 3(3,6%) и миграция в пищевод 1(1,2%). Рестентирование КЭР выполнено у 6(7,1%) больных.

С 2018 по 2022гг. у 27 больных с нерезектабельными стадиями КЭР устанавливались саморасширяющиеся nitinol стенты. Только у 1(4,16%) больного наступила миграция стента в дистальном направлении, что было обусловлено несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большей длины – 80*20мм с хорошим результатом. Среди поздних осложнений у 1(4,16%) пациента через 6 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью, в связи с чем был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Осложнений в виде перфорации, кровотечения не наблюдалось.

Заключение: Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больных с нерезектабельными стадиями КЭР. Применение силиконовых стентов утратило своё практическое значение у данной категории больных, в виду наличия большего числа осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА

Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.,
Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова» (г. Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: в настоящее время в арсенал методов восстановления просвета пищевода входят: баллонная дилатация, бужирование, высокочастотная и биполярная электрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция, лазерная деструкция, инъекция в опухоль этанола, фотодинамическая терапия. Однако золотым стандартом симптоматического лечения опухолей пищевода, является стентирование саморасширяющимися металлическими стентами.

Цель: изучить характер эндоскопических методов лечения больных с нерезектабельными стадиями РП.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом стационарного лечения 205 больных с нерезектабельными стадиями РП.

Локализация РП: верхняя треть грудного отдела пищевода у 6(3,0%), верхняя и средняя треть у 15(7,6%), средняя треть у 66(33,3%), средняя и нижняя треть у 56(28,3%) и нижняя треть у 55(27,8%) больных.

Протяженность опухоли устанавливалась на основании эндоскопического и рентгенологического исследований: у 32(15,9%) – от 3 до 5 см, у 86(43,9%) – от 6 до 8 см, у 60(30,2%) – от 8 до 10 см и у 20(9,9%) пациентов – более 10 см.

Результаты: Всем 198 больным выполнены эндоскопические вмешательства, которые относятся к мини-инвазивным хирургическим манипуляциям.

Эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) – выполнена у 31(15,6%) больных.

Эндоскопическое бужирование (ЭБ) опухоли пищевода полым бужом, на который укрепляются специальные металлические оливки различного диаметра от 0,9 до 2,4см – выполнено у 18(9,1%) больных

С 2001 по 2018гг. нами проводилось эндоскопическое стентирование (ЭС) пищевода силиконовыми стентами собственной конструкции – у 133(67,2%) больных.

В период с 2018 по 2022гг. у 30 больных с нерезектабельными стадиями РП устанавливались саморасширяющиеся nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. ЭС проводилось без предварительного расширения опухолевого стеноза. Среди поздних осложнений у 2 пациентов после установки стента отмечалась обтурация проксимального отдела стента опухолью. В связи с этим 1 больному была выполнена ЭДТ и 1 пациенту был установлен саморасширяющийся стент по типу «стент в стент» с хорошим результатом. Осложнений не наблюдалось.

Выводы: Миниинвазивные эндоскопические технологии являются перспективными направлениями в улучшении качества жизни больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода и могут служить эффективной альтернативой гастростомии, так как отвечают двум основным принципам: минимальная травматичность и возможность естественного перорального питания.

СТЕНТИРОВАНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА И
КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Бабаджанов А.С.,
Нигматуллин Э.И., Фарманова Г.У., Давронов Р.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова» (г. Ташкент, Узбекистан)

Актуальность: Существующие методы симптоматического лечения дисфагии у больных с раком пищевода (РП) и кардиоэзофагеальной зоны (КЭЗ) не лишены значимых недостатков. Хирургическое симптоматическое лечение сопряжено с высоким риском осложнений, имеет длительный послеоперационный период реабилитации и требует крупных материальных затрат.

Цель: изучить возможность стентирования неоперабельных стадий РП и КЭЗ саморасширяющимися nitinol стентами.

Материалы и методы: С 2018 по 2022г. отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 50 больных с неоперабельными стадиями РП и КЭЗ, которым устанавливались саморасширяющиеся, nitinol стенты. По локализации рака, больные распределены следующим образом: с/3 грудного отдела пищевода – у 6(12%); с/3 и н/3 грудного отдела – у 11(22%); н/3 грудного отдела – у 4(8%); н/3 грудного отдела с распространением на КЭП – у 19(38%); КЭР – у 4(8%); рецидив опухоли эзофагоэнтероанастомоза – у 3(6%) больных, рецидив опухоли ЭЗГА – 1 (2%) и рак культи желудка – 2(8%).

Эндоскопически не удалось определить протяженность у 17 больных. В этих случаях протяженность определялась рентгенологически с контрастом. Распределение больных по протяженности было следующим: до 3 см – у 5(10%), 4-6 см – у 23(46%), 7-9 см – у 15 (30%), 10-12 см – у 7(14%).

Результаты и обсуждения: у 46 (92%) пациентов наблюдались хорошие результаты.

Характер ранних осложнений после стентирования: миграция стента в дистальном направлении – у 1(2%) больного. Стент размером 60*20мм. без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день. Больному повторно был установлен стент большего размера – 80*20мм. Пациент выписан домой без явлений дисфагии.

Среди поздних осложнений у 3(6%) пациентов через 3-6 месяцев после стентирования отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. 1 больному была выполнена диатермотунелизация и бужирование опухоли. 2 пациентам выше ранее установленного стента был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Во всех случаях проходимость суженного участка восстановлена. Осложнений не наблюдалось. Перфорации, кровотечения не наблюдалось.

Заключение: Наилучшие результаты симптоматического лечения, с наименьшим числом осложнений, достигаются при использовании эндоскопического метода восстановления и поддержания просвета стенозированных опухолью органов верхних отделов пищеварительного тракта с использованием саморасширяющихся металлических стентов.

СТЕНТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ РЕФЛЮКС-
ЭЗОФАГИТОМ.

*Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Бабаджанов А.С., Цой А.О.,
Нигматуллин Э.И., Абдукаримов А.Д., Абдурашулов А.Р.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Актуальность: Доброкачественные стриктуры пищевода, сопровождающиеся синдромом дисфагии, регулярно встречаются в практике хирургов и эндоскопистов. Большинство этих стриктур можно эффективно расширить за несколько сеансов с помощью бужа Savary-Gilliard или при помощи баллонной дилатации. Однако у небольшой группы пациентов (10%) многократные сеансы дилатации через короткие промежутки времени не обеспечивают адекватного прохождения пищи. Считается, что у этих пациентов имеется рефрактерная доброкачественная стриктура пищевода. В статье описаны клинические случаи успешного лечения пептического стенозирующего рефлюкс-эзофагита, использованием саморасширяющегося металлического стента.

Цель: проанализировать эффективность стентирования пищевода у больных со стенозирующим рефлюкс-эзофагитом, осложненным синдромом дисфагии.

Материал и методы: в нашем отделении ежегодно выполняется более 100 бужирований пищевода с различными стриктурами пищевода, стентирование пищевода и желудка больным с доброкачественной и злокачественной дисфагией. В данном сообщении мы представляем 3 клинических случая больных с пептическими стриктурами пищевода, которым выполнено стентирование рубцово-измененного пищевода.

Результаты и обсуждение: **Клинический случай №1.** Больная К., 71 год, И/Б № 52, госпитализирована в отделение хирургии пищевода и желудка 04.01.2018г. с диагнозом: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Стенозирующий склерозирующий рефлюкс эзофагит. Короткий пищевод. Дисфагия 3 степени. Жалобы на изжогу, дисфагию, чувство дискомфорта и боли за грудиной, похудание до 10 кг. за последний год. Рентгенконтрастное исследование пищевода: Короткий пищевод. Эндофитный тумор терминального отдела пищевода. Аксиальная фиксированная кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 06.01.2018г. без предварительного бужирования, под контролем эндоскопии, по струне проводнику установлен полностью покрытый, саморасширяющийся, металлический (nitinol) стент с антирефлюксным клапаном, фирмы Flextent, КНР, длиной 80 мм., диаметром 20 мм. с расположением воронки в 33 см. от резцов. **Клинический случай №2.** Больной П., 53 года. И/Б № 3011, госпитализирован 09.07.2020г. с диагнозом: ГЭРБ. Стенозирующий склерозирующий рефлюкс-эзофагит. Дисфагия 3 степени. Жалобы на дисфагию, изжогу и боль за грудиной. ЭГДФС: Рубцовое сужение н/3 пищевода диаметром до 0,3-0,4 см., пищевод ниже не проходим прибором диаметром 0,8 см., в 17-18 см от устья (рефлюкс-эзофагит IV ст. по Savary-Miller). Рентгенконтрастное исследование пищевода: Короткий пищевод. Аксиальная фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 11.07.2020г. без предварительного бужирования, под контролем эндоскопии, по струне проводнику установлен полностью покрытый, саморасширяющийся, металлический (nitinol) стент с антирефлюксным клапаном, фирмы Flextent, КНР, длиной 120 мм., диаметром 20 мм. **Клинический случай №3.** Больной А., 75 лет. И/Б № 3793, госпитализирован 14.09.2020г. с диагнозом: ГЭРБ. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Стенозирующий рефлюкс-эзофагит нижней трети пищевода. Дисфагия 3 степени. Жалобы на дисфагию, изжогу, горечь во рту, общую слабость. ЭГДФС: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, глубиной до 6,0 см при длине пищевода 17 см. Рефлюкс-эзофагит 4 ст по Savary-Miller. Хроническая язва по левой и

задней стенкам н/3 пищевода, размером 1,5x1,0 см. Язва Квинке. Рентгенконтрастное исследование пищевода: Короткий пищевод. Аксиальная фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 16.09.2020г. под контролем эндоскопии, по струне проводнику установлен полностью покрытый, саморасширяющийся, металлический (nitinol) стент с антирефлюксным клапаном, фирмы Flextent, КНР, длиной 80 мм., диаметром 20 мм. Всем больным после стентирования производился эндоскопический и рентгенологический контроль, при этом во всех случаях стент расположен в установленном месте, свободно проходим, затека контраста нет. Осложнений в виде перфорации, кровотечения, миграции стента в проксимальном и дистальном направлении не отмечалось.

Заключение: применение пищеводных саморасширяющихся полностью покрытых металлических стентов с антирефлюксным клапаном у больных с пептическим рефлюкс-эзофагитом, осложненным дисфагией, является хорошей альтернативой ЭД и БП. Наши результаты показывают, что установка вышеупомянутых стентов, является оправданной стратегией для пациентов с доброкачественными рубцовыми стриктурами, однако идеальная стратегия лечения для этих пациентов нуждается в дальнейшем рандомизированном исследовании.

ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дурсунов А.М., Умарова Г.Ш., Рузикулов О.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии ГУ*

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

Актуальность проблемы. Нарушение костной регенерации является тяжелым осложнение после переломов, приводящие к значительному нарушению функции поврежденной конечности. Нарушения консолидации кости остается одним из частых осложнений переломов составляя по данным различных авторов в 15-50%, приводя к инвалидности в 10-30% и ложным суставам до 33% случаев. В результате длительного отсутствия или снижения нагрузки на кость развивается хрупкость костной ткани, которая классифицируется как иммобилизационный остеопороз.

Целью нашего исследования явилось определение минеральной плотности костной ткани у больных с ложными суставами диафиза длинных костей конечностей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 больных с ложными суставами диафизарного отдела длинных костей конечностей. Возраст больных колебался от 26 до 66 лет. Давность травмы у исследуемых составила от 10 месяцев до 2 лет. Для оценки состояния костной ткани у больных с псевдоартрозами длинных костей конечностей проводились: общеклиническое обследование больных с анкетированием, рентгенологические исследования, которые кроме стандартной рентгенограммы пораженной области включало обязательно рентгенденситометрию, биохимическое исследование так же было расширено с включением определения маркеров костного обмена, определения уровня витамина Д, минералов в крови.

Результаты. Анализ результатов показал, что снижение минеральной плотности костной ткани определялось у всех 32 больных в виде регионарного остеопороза или остеопении. При этом у 14 (43,8%) больных отмечалась остеопения с потерей костной массы до 20 %, 18 (56,2%) больных остеопороз с потерей более 20% костной массы. При изучении анамнеза больных была выявлено, что у больных с остеопорозом были перенесённые в прошлом неосложненные оперативные вмешательства (частота ранее проведенных вмешательств варьировала: 1 раз у 19 больных, 2 раза у 10 больных, 3 раза у 3

больных). С целью изучения механизмов снижения минеральной плотности костной ткани нами были исследованы биохимические показатели крови - определение концентрации кальция, неорганического фосфора активности щелочной фосфатазы. Кроме этого исследованы уровень витамина Д в крови. При этом исследования показали у всех больных нарушение биохимических показателей крови такие как изолированное снижение витамина Д и неорганического фосфора в крови у 10 (31,2 %) больных, снижение концентрации витамина Д в сочетании с повышением щелочной фосфатазы в крови у 15 (46,8%) больных, снижение как кальция, так и витамина Д в крови у 7 (21,8%) больных.

Результаты нашего клинико-лабораторного исследования показали, что денситометрически выявленное снижение минеральной плотности кости может иметь в своей основе биохимические нарушения соотношения минералов и витамина крови. При наличии сопутствующих заболеваний или возрастных изменений метаболизма может сопровождаться так же повышением активности маркеров резорбции кости.

Вывод. Таким образом использование современных методов в комплексные диагностики остеопороза дает возможность клиницистам проводить профилактические лечебные мероприятия при предоперационном планировании и послеоперационном наблюдении больных. Применение рентгенденситометрических исследований костной массы желательнее дополнять исследованием биохимических анализов крови с определением маркеров костного обмена и минералов.

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Дурсунов А.М.¹, Мирзаев Ш.Х.¹, Рузикулов О.Ш.², Гаипов З.А.¹, Сайдиахматханов С.С.¹, Рахимов А.М.¹, Кахрамонов С.К.¹.

1Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Травматологии и ортопедии Самаркандский филиал РСНПМЦТО

Цель работы. Создание стабильной, жесткой фиксации костных отломков при многооскольчатых переломах вертлужной впадины и создание конгруэнтности различных отделов вертлужной впадины.

Материал. Предлагаемое устройство содержит плавно изогнутую дугообразную пластину с крепежными отверстиями для винтов, пластина по краю малой дуги имеет четыре равноудаленных, под углом 90° от основания пластины, шипа треугольной формы, размером основания 1.5 мм и высотой 3 мм для фиксации отломков; по центру большой дуги-расположенную под углом 100°-130° планку размером 15x25 мм с крепежными отверстиями для дополнительной фиксации к костям таза и на концах-расположенные под углом от 125° до 130° ушкообразные изгибы радиусом 10 мм для прочной фиксации к костям таза. Выполнение четырех равноудаленных шипов треугольной формы, размером основания 1.5 мм и высотой 3 мм, для фиксации отломков, по краю малой дуги пластины даёт возможность сцепки мелких осколков. Выполнение планки, размерами сторон 15x25 мм, для дополнительной фиксации к костям таза по центру большой дуги, с отверстиями для винтов, увеличивает жесткость конструкции и обеспечивает стабильность фиксации нижележащих отломков. Выполнение под углом выступающих элементов пластины повторяет анатомическую форму костей таза, даёт ей возможность плотного прилегания к костям таза. Выполнение на концах пластины ушкообразных изгибов необходимо для прочной фиксации к костям таза.

Результат. Устройство используется следующим образом. Больному под спинномозговым обезболиванием, в положении на боку, после соответствующей обработки кожи антисептиками, по наружной поверхности бедра выполняют задний доступ по Кохеру-Лангенбеку, длиной 8-10 см. После обнажения места перелома

производят ревизию тазобедренного сустава, определяют наличие осколков, осколки мобилизируют и репонируют, временно фиксируют спицами, пластину адаптируют к поврежденному заднему краю вертлужной впадины. Пластины, параметры которой рассчитаны по рентгенограмме пациента исходя из диаметра головки бедренной кости, накладывают так, чтобы продольный край малой дуги пластины был расположен на расстоянии 5мм от плоскости входа в вертлужную впадину, а концы пластины - ушкообразные изгибы - располагают у основания крыла подвздошной кости и на борозде между нижним краем вертлужной впадины и нисходящей ветвью седалищной кости. Сверлят несколько отверстий, одно из них должно проходить через костный отломок. Расположение винтов ориентируют, как правило, по направлению наибольшего костного массива. Пластины винтами крепят к костям таза. Рану послойно ушивают наглухо до дренажа. В послеоперационном периоде применяют гемостатики, дренаж удаляют через 1 сутки. Через 2-3 недели назначают дозированную лечебную физкультуру, массаж, электростимуляцию мышц бедра и голени.

Заключение. Устройство удобно в использовании, позволяет увеличить надежность и стабильность фиксации при хирургическом лечении оскольчатых переломов вертлужной впадины.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID – 19

Жалолов И.А., Хакимов Н.С.

*Факультет кафедры повышения квалификации и переподготовка врачей,
медицинской радиологии и клинической лабораторной диагностики
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Многие из описанных в настоящее время изменений у пациентов с COVID-19 подтверждают развитие ACD. Уже в начале пандемии COVID-19 сообщалось об изменениях уровня гемоглобина. В ретроспективном исследовании делается вывод, что более низкие уровни гемоглобина при поступлении связаны с более неблагоприятным прогнозом. Сообщается, что анемия и нарушение гемостаза железа широко распространены у госпитализированных пациентов с COVID-19. Однако, как сообщалось, тяжесть заболевания не влияла на уровень гемоглобина.

В недавнем систематическом обзоре и метаанализе Taneri et al. показали, что уровни гемоглобина были ниже у пожилых людей с диагнозом COVID-19. В одном исследовании 39% пациентов страдали анемией. В другом ретроспективном исследовании наблюдались более высокие значения 68%. На основании низкого уровня гемоглобина и высокого уровня ферритина было подсчитано, что более 56% случаев анемии у пациентов с COVID-19 связаны с ACD.

Цель исследования. Является изучение вопросов лечения и профилактики анемии в условиях пандемии COVID- 19.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленную задачу, мы отобрали в из 56 больных с диагнозом COVID - 19 и в анамнезе была анемия, и провели на них клинические исследования.

В исследовании было показано, что распространенность анемии высока (49%) у госпитализированных пациентов с COVID-19. Причина анемии часто связана с ограниченной доступностью железа или нарушением обмена железа из-за воспалительного процесса (ACD).

Результаты исследования. При IDA ферритин, насыщение трансферрина и ZnPP обычно являются достоверными маркерами запасов железа в организме. Снижение уровня ферритина ниже 30 нг/мл и уровней ZnPP выше 40 мкмоль/моль гема свидетельствует об абсолютной IDA. Из-за воспалительного статуса ACD связан со

снижением уровня гемоглобина и железа, снижением насыщения трансферрина, но повышением уровня ферритина, а также повышением уровня CRP, IL-6 и гепсидина.

В этом контексте наблюдаемое улучшение респираторных симптомов при приеме ЕРО (эритропоэтина) можно рассматривать как влияние на метаболизм железа . С другой стороны, было предложено использовать лишение железа в качестве многообещающего адъювантного терапевтического средства против выживания вируса.

Анемия хронического заболевания также известна как функциональная железodefицитная анемия. АСD имеет более сложную патофизиологию и обусловлена различными клиническими состояниями, такими как инфекции и воспалительные заболевания, и , в частности , воспалительными цитокинами. Ее обычно определяют как перераспределение железа из ключевых мест его использования в места хранения, что приводит к снижению доступности железа, а не к абсолютному дефициту железа. Это приводит к внезапному возникновению анемии у пациентов в критическом состоянии.

При ковиде часто наблюдается анемия, особенно , у пациентов в критическом состоянии, таких как больные COVID-19. Например, Bellman-Weiler et al. показали, что Почти 25% больных здесь страдали анемией с высоким коэффициентом анемии воспаления. В том же цитируемом исследовании авторы указали, что анемия в значительной степени связана с внутрибольничной смертностью.

Часто IDA и АСD сосуществуют, что затрудняет интерпретацию показателей эритроцитов и параметров статуса железа. Однако дифференциация между обоими патологическими процессами важна для постановки диагноза и лечения. Диагноз IDA основывается на множестве лабораторных биомаркеров, связанных с метаболизмом железа, таких как гемоглобин, ферритин, растворимый рецептор трансферрина, протопорфирин цинка (ZnPP) и гепсидин.

Вывод. Нарушение регуляции гомеостаза железа по-разному влияет на эти биомаркеры. Наиболее важным является взаимодействие между дефицитом железа и воспалением. На многие биомаркеры влияет не только дефицит железа, но и воспаление; таких как ферритин - хорошо известный? как белок острой фазы. Однако было показано, что ZnPP менее чувствителен к воспалительному статусу.

У пациентов с COVID-19 затронуты некоторые маркеры железа. Появляется все больше доказательств того, что анемия также присутствует у пациентов с COVID-19 из-за общепринятых патофизиологических механизмов, возникающих у пациентов в критическом состоянии.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.

Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»

Ташкент, Узбекистан

Наиболее частым и значимым системным осложнением острого панкреатита является панкреатит-ассоциированный острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), который характеризуется тяжелой гипоксемией, требующей незамедлительного применения респираторной поддержки, и прогрессированием диффузного поражения легочной ткани.

В рамках данной работы нами было изучена роль данного фатального состояния в общей структуре осложнений и причин летальности при билиарном остром панкреатите (ОП).

Из всех случаев ОРДС раннее развитие отмечено в 76,5% (26 из 34) случаях, в структуре всех ОП раннее развитие ОРДС наблюдалось в 11,0% (26 из 237), на фоне других осложнений – 3,4% (8 из 237) случаях. В структуре общей летальности на ОРДС приходится 6,3% (15 из 237) в ранние стадии ОП и 2,5% (6 из 237) в поздние, уже на фоне других осложнений. Показатель летальности в структуре ОРДС составил 44,1% (15 из 34) при раннем развитии и 17,6% (6 из 34) – на фоне других осложнений.

Оценка тяжести течения ОРДС согласно Берлинским дефинициям-2011 показала, что почти половину (41,2%) случаев составляет ОРДС средней степени тяжести, на тяжелое течение отмечается в 32,4% (11 из 34) случаях, легкая степень – 26,5% (9 из 34).

Основным звеном интенсивной терапии ОРДС остаётся своевременно начатая и адекватно проводимая респираторная поддержка. Изучение прироста индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2), как основного показателя эффективности проводимой респираторной терапии, показало, что при панкреатит-ассоциированном ОРДС прирост PaO_2/FiO_2 через 1 сутки до 50% выявлен в 29,4% (10) случаях, от 51 до 100% - в 32,4% (11) и более 100% - в 20,6% (7). При этом 17,6% (6 из 34) наблюдений характеризовались менее 10% приростом индекса PaO_2/FiO_2 , что в свою очередь является неблагоприятным прогностическим признаком ОРДС.

Таким образом, факторный анализ основных системных панкреатогенных осложнений при билиарном панкреатите показал, что одним из ведущих признаков неблагоприятного прогноза и исхода заболевания является прогрессирование ОРДС, частота которого составила 12,2% (у 34 из 237 пациентов), при этом в 76,5% (у 26 из 34) случаев отмечается раннее развитие этого осложнения и только у 23,5% пациентов на фоне других проявлений ПОН, а в структуре летальности на ОРДС-ассоциированный фактор приходится 61,8% фатальных исходов (из 34 умер 21 пациент).

ИНТЕНСИВНОСТЬ И ЧАСТОТА КАШЛЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

Ибадова О.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Непродуктивный кашель является характерным признаком интерстициального поражения легких (ИПЛ). Предполагается что кашель, связанный с ИПЛ, следует оценивать в клинических испытаниях. Распространение кашля может достигать 84% у пациентов с идиопатическим легочным фиброзом (IPF), 73% у лиц с интерстициальным поражением легких при системных заболеваниях соединительной ткани (ИИП-СЗСТ), связанного, к примеру со склеродермией (ILD), и 86% и 88% у лиц с неспецифической интерстициальной пневмонией НсИП (NSIP) и COVID-19 ассоциированной интерстициальной пневмонии COVID-19АИП (COVID-19AIP) соответственно, 83% с хроническим гиперчувствительным пневмонитом (СНП). Несмотря на то, что кашель является важным защитным механизмом для удаления инородного тела из дыхательных путей, хронический кашель связан в большинстве своем с нарушением качества жизни и является неблагоприятным прогностическим признаком.

Цель исследования: Оценить интенсивность и частоту кашля при неспецифической интерстициальной пневмонии (НсИП), интерстициальном поражении легких при системных заболеваниях соединительной ткани (ИИП-СЗСТ) и COVID-19 ассоциированной интерстициальной пневмонии (COVID-19АИП) и изучить их корреляционную взаимосвязь с клиническими показателями.

Материал и методы исследования: В этом исследовании интенсивность и частота кашля оценивались с помощью субъективной качественной оценки кашля при опросе (есть кашель или его нет). Количественных методик: включая Листнерский опросник по кашлю (LCQ-Leicester Cough Questionnaire), визуальную аналоговую шкалу выраженности кашля (ВАШ), дневник тяжести кашля (CSD cough severity diary) и опросник качества жизни при кашле (CQLQ- cough- specific quality of life questionnaire), а так же шкале хронической одышки и шкале частоты кашля при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Результаты исследования: В исследование включены 200 пациентов-с НсИП, 49 и 59-с ИИП-СЗСТ и COVID-19АИП соответственно. Пациенты с НсИП и COVID-19АИП имели самую сильную интенсивность кашля среди исследуемых групп. У пациентов с НсИП и COVID-19АИП как интенсивность, так и частота кашля были отрицательно взаимосвязаны с диффузионной способностью легких. При ИИП-СЗСТ как интенсивность, так и частота кашля коррелировали между собой с более высоким баллом FSSG (Frequency scale for the Symptoms of GERD). При многофакторном анализе пациентов с ИИП-СЗСТ оценка по шкале FSSG была независимой и связанной с обоими компонентами кашля. Наконец, мы рассмотрели особенности различий между интенсивностью и частотой кашля у всех трех групп больных. Пациенты, у которых частота и интенсивность кашля преобладали над остальной клинической симптоматикой, имели более выраженное ухудшение показателей состояния здоровья (опросник качества жизни при кашле CQLQ) по сравнению с другими пациентами.

Выводы: Интенсивность кашля была выше при НсИП и COVID-19АИП по сравнению с ИИП-СЗСТ. Различные клинические показатели коррелировали с интенсивностью и частотой кашля в зависимости от подтипа ИИП-СЗСТ. Частота кашля была тесно связана с субъективной оценкой состояния здоровья, по сравнению с интенсивностью кашля. Полученные нами данные при оценке интенсивности и частоты кашля свидетельствуют о прогностической значимости этих показателей и необходимости ведения пациентов, учитывая объективные и субъективные факторы, связанные с кашлем.

СПОСОБ ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩЕЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

*Изатиллаев И.Р., Ботиров А.К., Бозоров Н.Э., Султонов Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Несмотря на двухвековой опыт лечения ЯБДПК, в том числе его осложнения перфорацией позволило апробировать и использовать все известные в желудочной хирургии оперативные вмешательства [2;5;107]. Вместе с тем для улучшения оказываемой помощи требуются научно-обоснованные результаты по оптимизации хирургической тактики и совершенствованию методик и технических приемов иссечения ПДЯ с пилоруссохраняющей ДП, позволяющие снизить частоту послеоперационных осложнений.

Материалы исследования. На протяжении последних 35-ти лет (1986-2020гг.) на базе кафедры хирургических болезней и урологии хирургическому лечению подлежали 782 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), осложненной перфорацией. Из них ушивание прободной ПДЯ перенесли 229 (29,3%) пациентов, резекции желудка (РЖ) - 74 (9,4%). В том числе, иссечение ПДЯ с дренирующими желудок операциями (ДЖО) типа пилородуоденопластики (ПДП) по Джадду-Танаке, Гейнеке-Микуличу и Финнею оперировано 98 (12,5%) пациентов, и иссечение ПДЯ с дуоденопластикой (ДП) с сохранением целостности сфинктера привратника (СП) -381 (48,7%) пациента. Исходя поставленной цели и задачам исследования материалом

настоящего исследования явились лишь больные перенесшие иссечение ПДЯ сопровождающиеся пилородуоденопластикой (нарушением целостности СП) и дуоденопластикой (сохранением целостности СП). В этой связи, пациенты перенесшие резекции желудка (РЖ) и ушивание ПДЯ анализу не подлежали. Объектом нашего исследования явились лишь 479 пациентов. Из них 381 (79,5%) составили основную группу, а 98 (20,5%) – группу сравнения т.е. контрольную.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), инструментальные, специальные и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При операции по поводу ПДЯ мы в последние годы широко применяли усовершенствованный способ иссечения ДЯ с ДПК (Патент № 2262 АИС РУз.). В последние годы при локализации ПДЯ на переднее-боковых стенках луковицы ДПК, мы начали применять методики иссечения ДЯ с ДПК с сохранением целостности пилорического жома (патент №0128. АИС РУз.).

Использование: медицина, а именно хирургическая гастроэнтерология, и может быть использовано в ургентной хирургии ЯБДПК.

Задача: снижение травматичности и повышение эффективности операции путем сохранения целостности «многогранной» функции пилорического сфинктера, а также максимальное сбережение циркулярных мышц и крипт слизистой оболочки ДПК.

Сущность изобретения: при способе пилоруссохраняющей дуоденопластики нет необходимости в мобилизации ДПК по Кохеру, а лишь острым путем производили ограниченную тщательную диссекцию периульцерозной спаечной «мантии», что открывает контуры стенок, сегмент сужения и зону язвенного рубца. При этом часто после иссечения отёчной, рыхло связанной со стенкой ДПК рубцовой мантии патологические изменения оказываются менее выраженными и хирургу открывается неизменённая стенка ДПК вокруг перфорационного отверстия. К тому же исключали повреждение правой желудочно-сальниковой и панкреатодуоденальной артерий в зависимости от локализации язвы. Сохраняли целостность и интактность сфинктера привратника с ее «многогранными» функциями и максимально сохраняли циркулярные дуоденальные мышцы и крипты слизистой. Это достигалось прецизионным иссечением ПДЯ окаймляющими разрезами в поперечном направлении к оси ДПК, что параллельными оси желудка окаймляющими разрезами вокруг прободной язвы.

После, язву передне боковой стенки ДПК иссекали элетроножом в пределах здоровых тканей, далее через дуоденальный дефект выводили желудочный зонд, к которому фиксируется назогастродуоденальный зонд для декомпрессии; проксимальный конец ее выводили через нос пациента. Целостность кишечной стенки восстанавливали дуоденопластикой однорядными прецензионными, адаптирующими серозо-мышечно-подслизистыми узловыми швами узелками кнаружи. При этом расстояние между стежками должно быть 0,5 см, а отступ от края разреза - 0,5 см с проксимального стороны раны без захвата тканей пилорического жома и до 0,8-1,0 см с дистального края раны, что обеспечивает плотность соприкосновения тканей. При затягивании узлов однорядных серозно мышечно подслизистых швов над декомпрессионным зондом обеспечивается физиологическая герметичность и механическая прочность дуоденопластики.

Итак, способ позволяет радикально иссечь ПДЯ язву передней и передне-боковых стенок и иссечь края язвы задней стенки (т.е. удаляется патологический очаг) с последующей экстрадуоденизацией (дно язвенного кратера выводится за пределы кишечной трубки) с сохранением непрерывности боковых стенок и целостности сфинктера привратника. Операция малотравматична, сохраняются нейрососудистые связи, обеспечивающие жизнедеятельность сохраненных частей желудка с его многогранными взаимосвязями с другими органами пищеварительной системы. Сохранение целостности сфинктера привратника обеспечивает порционную эвакуацию

желудочного содержимого и предотвращает увеличение числа ДГР, а также является профилактикой демпинг-синдрома. Оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов, а техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК.

В целом, разработанные технические приемы обеспечивали безопасность оперативного вмешательства. Ни в одном случае, после операции не наблюдали таких осложнений, как несостоятельность швов анастомоза, перитонит, травматический панкреатит, повреждение смежных органов (печени, желчных ходов, поджелудочной железы).

В последние годы дуоденопластика завершается отдельными серозно-мышечно-подслизистыми шелковыми швами в поперечном направлении узелками кнаружи. При этом, вкол иглы проводится отступя 5 мм от верхнего края разреза кишки, а выкол - отступя 5 мм от нижнего края разреза. Расстояние между узлами должно быть 7-8 мм.

Заключение. Данная методика операции имеет следующие преимущества: 1) позволяет сохранить целостность желудка и сфинктер привратника как единое целое, с их нейрососудистыми взаимосвязями, что обеспечивает порционную эвакуацию пищи; 2) после иссечения язвы с пилоруссохраняющей ДП без ваготомии, в ранние сроки после операции восстанавливается пищеварение, однако, имеется высокая опасность рецидива язвы, что требует плановой СПВ. Однако, мы же с успехом применяли методику «медикаментозной ваготомии» по схеме; 3) пилородилатация приводит к расправлению внутренней стенки и восстановлению просвета пилорического сфинктера, что расширяет показания к данной методике; 4) оставление полихлорвинильного зонда обеспечивает декомпрессию области и ДП, тем самым является мерой профилактики несостоятельности швов; 5) техника наложения кишечного шва позволяет восстановить просвет ДПК не нарушая ее дренажную функцию.

В связи с высокой опасностью возникновения осложнений, связанных с травмой поджелудочной железы и терминальных отделов холедоха, мы, в отличие от В.И. Оноприева (1995) сегментарную ДП не применяли.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЪЕМНОЙ КТ-КОРОНАРОГРАФИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Икрамов А.И.^{1,2}, Джураева Н.М.², Максудов М.Ф.^{1,2}, Турсунова Л.Н.¹, Абдухалимова Х.В.²

*¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
²ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В. Вахидова»
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Определить диагностическую значимость объемной КТ-коронарографии при атеросклеротическом поражении коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование включены 146 пациентов (80 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 40 до 74 лет (средний возраст пациентов составил $53 \pm 4,2$ года). Всем пациентам выполнена КТ-коронарография на широкодетекторном 640-срезовом компьютерном томографе «Aquillion one» версии Genesis (Canon Medical Systems, Япония) с ЭКГ-синхронизацией и последующей мультипланарной реконструкцией полученных изображений. Первым этапом выполнялось нативное исследование для подсчета коронарного кальциевого индекса по стандартизированной методике A.S. Agatston с помощью специального программного обеспечения Calcium Score. При этом кальциевыми депозитами считались участки коронарного русла с

плотностью более 130 единиц по шкале Хаунсфилда (HU, Hounsfield Unit). Степени коронарного кальциноза оценивали следующим образом: отсутствие кальциноза (0 единиц Агатстон), начальные признаки кальциноза коронарных артерий (1-10 единиц Агатстон), минимальный кальциноз (11-100 единиц Агатстон), умеренный кальциноз (101- 400 единиц Агатстон), выраженный кальциноз (более 400 единиц Агатстон). Далее следовала фаза контрастирования с введением тест-болус контрастного вещества и автоматическим определением пика насыщения контрастного препарата на уровне нисходящего отдела грудной аорты. Контрастное вещество (Юнигексол 350) вводили через периферический венозный катетер диаметром 18-22G в кубитальную вену со скоростью 5,0-5,5мл/с. Объем вводимого контрастного вещества рассчитывался индивидуально для каждого пациента из расчета 1,0 мл/кг (не более 90 мл). Ширина зоны сканирования составляла 16 см (за один оборот трубки), что позволило полностью охватить анатомическую область сердца. Обработка полученных данных производилась на рабочей станции Vitrea с помощью приложения Cardiac: Arteries CT – 3D Analysis Auto Vessels. Проведен анализ состояния основных артерий коронарного русла с изучением степени стеноза, локализации и характера поражения коронарных артерий, а также коронарного кальциноза

Результаты. Согласно результатам полученных данных отсутствие коронарного кальциноза было выявлено у 23 пациентов (15,7%), начальные признаки коронарного кальциноза – у 35 пациентов (24%), минимальный кальциноз коронарных артерий – у 31 пациента (21,2%), умеренный кальциноз – у 39 пациентов (26,7%) и выраженный кальциноз – у 18 пациентов (12,3%). При этом отсутствие коронарного кальциноза отмечалось у пациентов в возрасте до 45 лет у мужчин (11 пациентов (7,5%)) и в возрасте до 55 лет у женщин (14 пациентов (9,6%)). Начальные признаки коронарного кальциноза (22 пациента (15,1%)) и минимальный кальциноз коронарных артерий (20 пациентов (13,7%)) определялся преимущественно у лиц женского пола. МСКТ признаки умеренного кальциноза коронарных артерий (25 пациентов (17,1%)) и выраженный коронарный кальциноз (22 пациента (15,1%)) отмечался преимущественно у лиц мужского пола. При анализе результатов объемной КТ-коронарографии было выявлено, что у 38 пациентов (26%) процесс носил однососудистый характер поражения, в 47 (32,2%) случаях отмечалось двухсосудистое поражение и в 29 (19,8%) – мультисосудистое поражение, а у 32 пациентов поражение коронарных артерий не отмечалось. При этом в 93 сегментах (58,6%) определялись гемодинамически незначимые стенозы, а в 65 сегментах (41,4%) стенозы имели гемодинамически значимый характер. Наиболее часто атеросклеротическое поражение отмечалось в передней межжелудочковой артерии (48%), реже встречалось поражение огибающей ветви левой коронарной артерии (15%).

Выводы. Объемная КТ-коронарография, обладая высокой чувствительностью и специфичностью в плане обнаружения стенозов КА, даёт возможность неинвазивной оценки состояния коронарного русла и позволяет получить трёхмерное изображение с визуализацией поперечных срезов стенок сосудов. Проведение компьютерной томографии для выявления коронарного кальциноза служит маркером атеросклеротического поражения коронарного русла и может быть использована в качестве скрининговой диагностики ишемической болезни сердца для определения вероятности наличия поражения венечных артерий, и оценки риска развития коронарных событий. Проведение объемной КТ-коронарографии позволяет своевременно диагностировать атеросклеротическое поражение КА, что дает возможность правильно выбрать тактику ведения пациентов и предотвратить развитие острых коронарных событий.

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Икрамова Ф.Д., Мадазимов М.М., Тешабоева М.А., Ахмаджонов Ж.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) – одно из самых распространенных сосудистых заболеваний нижних конечностей, которым страдает от 20 % до 30% трудоспособного населения развитых стран (1,2). Довольно высокая травматичность традиционных операций при варикозной болезни, длительный период послеоперационной нетрудоспособности, определяют медицинскую и социальную значимость этой проблемы. Основными требованиями проведения операций на поверхностных и перфорантных венах у больных варикозной болезнью является: радикальность в сочетании с минимальной травматичностью, высокий эстетический результат и быстрая реабилитация больных. Выполнить эти требования можно при сочетании хирургического лечения и склеротерапии. Разработка и внедрение в повседневную клиническую практику новых методов лечения варикозной болезни, не требующих длительной госпитализации, сопровождающихся хорошими функциональными и эстетическими результатами, являются актуальной задачей.

Цель исследования. Оценить результаты комбинированного лечения варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы и методы. Мы располагаем результатами комплексного обследования и последующего комбинированного лечения и наблюдения 89 пациентов с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей. Из них мужчин – 9, женщин – 80. Возраст больных колебался от 17 до 56 лет, то есть возраст больных находились в наиболее трудоспособном возрасте. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 до 12 лет.

Склеротерапия – это метод лечения, основанный на введении в патологически измененные сосуды или полости препаратов, вызывающих их склерозирование. Склеротерапия проводилась в горизонтальном положении пациента, введением флебосклерозирующего препарата – этоксисклерол, строго интравазально (не более 5-7 инъекции за одну процедуру). Для обескровления венозного сегмента и обеспечения достаточной площади контакта склерозанта, склеротерапия проводилась больному лежа, после введения иглы в варикозную вену поднимая нижнюю конечность под углом 30-45°. После введения флебосклерозирующего препарата осуществлялась немедленная и адекватная эластическая компрессия – эластические бинты. Продолжительность непрерывной эластичной компрессии составляла не менее 30 суток после склеротерапии вен.

Осложнения. У 2 (2,2%) пациентов наступил некроз кожи из-за попадания склерозанта паравазально площадью от 0,4 до 1 см, у 1(0,9%) больного аллергическая реакция (кожный зуд).

Результаты и обсуждение. Микросклеротерапия телеангиэктазий и ретикулярных вен выполнена 237 пациентам. Проведена 401 процедура склеротерапии жидким препаратом и 119 процедур микропенной склеротерапии. Пациенты с телеангиэктазиями и ретикулярными венами были разделены на две группы. В 1-ю группу вошел 141 пациент с изолированными телеангиэктазиями, во 2-ю — 96 пациентов с отдельными ретикулярными венами и ретикулярными венами в комбинации с крупными телеангиэктазиями. Микросклеротерапия жидким препаратом проведена 141 пациенту: 75 — из 1-й группы, 66 — из 2-й группы. В 1-й группе было выполнено 392 процедуры, во 2-й — 261. Использовали микросклеротерапия

телеангиэктазий и ретикулярных вен выполнена 237 пациентам. Проведена 401 процедура склеротерапии жидким препаратом и 119 процедур микропенной склеротерапии. Пациенты с телеангиэктазиями и ретикулярными венами были разделены на две группы. В 1-ю группу вошел 141 пациент с изолированными телеангиэктазиями, во 2-ю — 96 пациентов с отдельными ретикулярными венами и ретикулярными венами в комбинации с крупными телеангиэктазиями. Микросклеротерапия жидким препаратом проведена 141 пациенту: 75 — из 1-й группы, 66 — из 2-й группы. В 1-й группе было выполнено 392 процедуры, во 2-й — 261. Использовали Микросклеротерапию телеангиэктазий и ретикулярных вен выполнена 237 пациентам. Проведена 401 процедура склеротерапии жидким препаратом и 119 процедур микропенной склеротерапии. Пациенты с телеангиэктазиями и ретикулярными венами были разделены на две группы. В 1-ю группу вошел 141 пациент с изолированными телеангиэктазиями, во 2-ю — 96 пациентов с отдельными ретикулярными венами и ретикулярными венами в комбинации с крупными телеангиэктазиями. Микросклеротерапия жидким препаратом проведена 141 пациенту: 75 — из 1-й группы, 66 — из 2-й группы. В 1-й группе было выполнено 392 процедуры, во 2-й — 261. Использовали полидоканол и тетрадецилсульфат натрия, которые вводили с помощью одноразовых трехкомпонентных шприцев и игл калибра 30—32 G со специальной заточкой. Концентрация препарата в 1-й группе составляла: полидоканол — 0,5%, натрия тетрадецилсульфат — 0,2%. Круглосуточная компрессия — 3 дня. Концентрация препарата во 2-й группе составляла: полидоканол — 0,75— 1%, натрия тетрадецилсульфат — 0,3—0,4%. Круглосуточная компрессия — 4—5 дней. При проведении склеротерапии телеангиэктазий больной находится в горизонтальном положении. Визуализация телеангиэктазий при этом не затрудняется, так как в указанном положении они не запусевают. Предпочтительно склерозировать центральную или питающую вену, которая достаточно легко определяется при осмотре. При отсутствии центральной вены, когда телеангиэктазии идут отдельно, склерозирование сосудистой звездочки проводится в несколько этапов. Иглу вводят под углом 10—20° к поверхности кожного покрова. В большинстве случаев для удобства склерозирования иглу сгибали под углом 10—30°. Для лучшей визуализации вен и четкого контроля введения иглы использовали профессиональную иглу с увеличением 2,5. Считаем, что при проведении склеротерапии жидкостью необходимым условием для получения оптимальных результатов является присутствие ассистента для создания немедленной и непрерывной компрессии, особенно при склерозировании средних и крупных телеангиэктазий, когда в отсутствие немедленной компрессии происходит быстрое внутрисосудистое замещение препарата кровью. При немедленной компрессии создаются оптимальные условия для закрытия сосуда через фиброз, а не тромбоз. Сразу после проведения склерозирования для обеспечения компрессии применяли марлевые валики с последующим использованием компрессионных чулок II класса компрессии постоянно на 3—4 сут. полидоканол и тетрадецилсульфат натрия, которые вводили с помощью одноразовых трехкомпонентных шприцев и игл калибра 30—32 G со специальной заточкой. Концентрация препарата в 1-й группе составляла: полидоканол — 0,5%, натрия тетрадецилсульфат — 0,2%. Круглосуточная компрессия — 3 дня. Концентрация препарата во 2-й группе составляла: полидоканол — 0,75— 1%, натрия тетрадецилсульфат — 0,3—0,4%. Круглосуточная компрессия — 4—5 дней. При проведении склеротерапии телеангиэктазий больной находится в горизонтальном положении. Визуализация телеангиэктазий при этом не затрудняется, так как в указанном положении они не запусевают. Предпочтительно склерозировать центральную или питающую вену, которая достаточно легко определяется при осмотре. При отсутствии центральной вены, когда телеангиэктазии идут отдельно,

склерозирование сосудистой звездочки проводится в несколько этапов. Иглу вводят под углом $10\text{--}20^\circ$ к поверхности кожного покрова. В большинстве случаев для удобства склерозирования иглу сгибали под углом $10\text{--}30^\circ$. Для лучшей визуализации вен и четкого контроля введения иглы использовали профессиональную иглу с увеличением 2,5. Считаем, что при проведении склеротерапии жидкостью необходимым условием для получения оптимальных результатов является присутствие ассистента для создания немедленной и непрерывной компрессии, особенно при склерозировании средних и крупных телеангиэктазий, когда в отсутствие немедленной компрессии происходит быстрое внутрисосудистое замещение препарата кровью. При немедленной компрессии создаются оптимальные условия для закрытия сосуда через фиброз, а не тромбоз. Сразу после проведения склерозирования для обеспечения компрессии применяли марлевые валики с последующим использованием компрессионных чулок II класса компрессии постоянно на 3—4 сут. олидоканол и тетрадецилсульфат натрия, которые вводили с помощью одноразовых трехкомпонентных шприцев и игл калибра 30—32 G со специальной заточкой. Концентрация препарата в 1-й группе составляла: полидоканол — 0,5%, натрия тетрадецилсульфат — 0,2%. Круглосуточная компрессия — 3 дня. Концентрация препарата во 2-й группе составляла: полидоканол — 0,75—1%, натрия тетрадецилсульфат — 0,3—0,4%. Круглосуточная компрессия — 4—5 дней. При проведении склеротерапии телеангиэктазий больной находится в горизонтальном положении. Визуализация телеангиэктазий при этом не затрудняется, так как в указанном положении они не заустевают. Предпочтительно склерозировать центральную или питающую вену, которая достаточно легко определяется при осмотре. При отсутствии центральной вены, когда телеангиэктазии идут отдельно, склерозирование сосудистой звездочки проводится в несколько этапов. Иглу вводят под углом $10\text{--}20^\circ$ к поверхности кожного покрова. В большинстве случаев для удобства склерозирования иглу сгибали под углом $10\text{--}30^\circ$. Для лучшей визуализации вен и четкого контроля введения иглы использовали профессиональную иглу с увеличением 2,5. Считаем, что при проведении склеротерапии жидкостью необходимым условием для получения оптимальных результатов является присутствие ассистента для создания немедленной и непрерывной компрессии, особенно при склерозировании средних и крупных телеангиэктазий, когда в отсутствие немедленной компрессии происходит быстрое внутрисосудистое замещение препарата кровью. При немедленной компрессии создаются оптимальные условия для закрытия сосуда через фиброз, а не тромбоз. Сразу после проведения склерозирования для обеспечения компрессии применяли марлевые валики с последующим использованием компрессионных чулок II класса компрессии постоянно на 3—4 сут.

Заключение. Флебосклерозирующая терапия, проводимая по строгим показаниям опытным специалистом, прошедшим специальную подготовку, использующим современные средства и способы лечения, обеспечивает высокое качество косметической и медико-социальной реабилитации больных с варикозной болезнью нижних конечностей.

«ОСОБЕННОСТИ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ LASIK И FEMTO-LASIK. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОКЕРАТОМА И ФЕМТОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА».

*Иномжоновна М.И. студент магистратуры 1-курс.
Научный руководитель: Проф., д.м.н. Каримова М.Х.*

Актуальность. Многоплановое исследование морфологии роговицы и функциональных исходов LASIK и Femto-LASIK является актуальной задачей на сегодняшний день и определяется огромным количеством прооперированных пациентов и давностью операций.

Цель исследования: сравнение толщины клапана с использованием фемтосекундных лазеров и механического микрокератома.

Материалы и методы исследования.

Нами на базе «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза» был проведен сравнительный анализ 34 пациентов (52 глаз) в возрасте 18-40 лет, 34 мужчин (60) и 20 женщин (42) близорукостью различной степени, оперированных методами LASIK и Femto-LASIK. При этом степень миопии варьировала - от 1,5 дптр до 9,25 дптр (ср. показатель преломления $-5,3 \pm 1,2$ дптр).

Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 17 человек (26 глаз), которым была проведена операция LASIK с использованием микрокератома Moria One use plus (Moria. USA) толщиной 90 и 130 мкм. Вторую группу составили 17 человек (26 глаз), хирургическое вмешательство было выполнено с использованием фемтосекундного лазера VICTUS (Bausch + Lomb, Германия) с толщиной лоскута 110-130 мкм. При первичном выявлении в исследуемой группе пациентам было проведено топографическое исследование роговицы, толщина центра роговицы от 510 до 672 мкм. В обеих группах у пациентов при формировании роговичного лоскута его диаметр составил 9,0-9,5 мм с внутренним расположением ножки. Использовались кольца для микрокератома с четырьмя разными размерами (+2, +1, 0 и -1). Выбор размеров колец зависел от плоскости меридиональной кривизны роговицы основываясь по номограмму производителя. Фемто-секундный лазер настроен со следующими параметрами: угол резания 45°, энергия 0,9 мкДж, диаметр лоскута 9,0-9,5 и частота лазера 160 кГц. Эксимерный лазер «TENEО 317» (Bausch + Lomb, Германия) играет основную роль в лазерной абляции в обеих группах в зависимости от размера оптической зоны.

Результаты и их обсуждение:

Первую группу составили 30 человек (52 глаз) с максимально скорректированной остротой зрения от 1,0 до 1.2 после операции LASIK. Вторую группу составили 24 человек (50 глаз) с максимально скорректированной остротой зрения от 1.0 до 1.2 после операции Femto-LASIK. Благодаря глубокой абляции стромального ложа у пациентов с миопией средней и высокой степени в клапанах, созданных с помощью ММК, в контрольной группе во время интерооперационного процесса отмечено снижение трения в стромальном ложе клапанной адгезии, при этом наблюдалось незначительное увеличение трения в стромальном ложе. Это характеризовалось большим диаметром лоскута, созданного фемтосекундным лазером, и прилеганием краев лоскута к стромальному ложу.

Преимущество лазерной технологии FS заключается в получении предсказуемого клапана LASIK с одинаковой общей толщиной и более гладкой морфологией. Стандартное отклонение толщины роговицы при микрокератоме составила от 22 до 30 мм, а при фемто сопровождении от 4 до 18,4 мм. При этом в целом следует отметить, что использование фемтосекундного лазера обеспечивает практически ровное

плоскость в горизонтальном и вертикальном направлениях, параметры которого соответствуют прогнозируемым.

Вывод: Описана сравнительная оценка качества покрытия роговицы по данным оптической когерентной томографии, которая показала преимущества методики Femto-LASIK по сравнению с LASIK.

БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛДА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

*Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Ботиров Н.Т.,
Абдулазизов О.Н.*

*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий
тиббиёт маркази, Андижон давлат тиббиёт институти*

Кириш: Бейкер тизза бўғими ости чуқурчасида жойлашган кистани 1877 йилда ўз тадқиқоти асосида изохлаб берди. Бу тизза бўғимнинг орқа юзасида, тери остида жойлашган юмшоқ, эластик шишсимон ўсимтадир.

Бейкер кистасининг пайдо бўлишининг сабаблари тизза бўғимининг капсуласини яллиғланиши билан боғлиқ бўлиб синовиал суюқликнинг гиперпродукцияси бўлишига олиб келади. У асосан тизза бўғимининг капсуласи, икрасимон ва ярим ноғорасимон пай бошчаларининг бурмаларида тўпланади, Бейкер кистанинг таким остида жойлашиши тизза бўғими капсуласи тузилиши ва унинг биомеханикасининг ўзига хос хусусиятларига боғлиқдир. Тизза бўғимини букишда синовиал суюқликни механик «сиқилиши» туфайли бурмаларга қараб ҳаракатланади. Тизза бўғими капсуласининг яллиғланиши натижасида синовиал суюқликнинг ортиқча ишлаб чиқарилиши ва кайта сўрилиши орасидаги мутаносиблик бузилади.

Материал ва услублар: Ушбу тадқиқот Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказининг спорт жароҳатлари бўлимида Бейкер кистаси аниқланган 96 нафар беморни 2018-2021 йилларда эндоскопик усулда даволаш натижаларига асосланган. Беморларнинг ёши 23 дан 67 ёшгача бўлган. Уларнинг 59 нафари аёллар, 37 нафари эркеклар. Барча беморларга артроскопия ўтказилди. Ушбу беморларда касаллик этиологияси бўйича қуйидагича тақсимланди: яллиғланиш жараёни – 55 (60,4%) бемор, жароҳатлар – 24 (25%), идиопатик – 17 (17,7%). 46 нафар беморда (26 эркек ва 20 аёл) медиал мениск орқа шохининг ёрилиши аниқланди. 50 нафар беморда (20 та эркек ва 30 та аёл) мениск ва менискоздаги дегенератив ўзгаришлари аниқланди. Бейкер кистаси тизза бўғими ичи структуралари патологияси билан биргаликда риволаниши кузатувларимиз асосида аниқланди.

Беморларнинг ташхиллашда қуйидаги текширув усуллари қўлланилди: тизза бўғимини клиник кўруви, УТТ, МРТ, артроскопия текшируви. Барча беморларга тизза бўғими ва Бейкер кистаси артроскопик диагностикаси ва дебридменти ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш: Бейкер кистасини артроскопик усулда олиб ташлаш тизза бўғимининг ушбу патологияси учун минимал инвазив даво услуби ҳисобланади. Бейкер кистасида артроскопияни амалга ошириш бўғим тоғайи, мениск, синовиал қобикнинг бўғим ичи қисмини жароҳатларини, бойлам аппаратининг шикастланишини визуал аниқлашга имкон беради. Киста ва бўғим бўшлиғи ўртасидаги алоқани аниқлаш учун орқа медиал ёки орқа латерал бурма текширилади. Артроскопиядан олдин теридаги кистанинг контурини қайд этиш лозим. Артроскопия амалиёти вақтида желесимон массанинг бўғим бўшлиғига чиқиши унинг киста бўшлиғи билан алоқасининг мавжудлигини тасдиқлайди. Шунини унутмаслик керакки

артроскопия амалиётида тизза бўғимини орқа медиал бурмасининг қатламлари кистанинг оғзини ниқоблаши мумкин. Ушбу соҳани визуализациясини яхшилаш учун орқа медиал бурмага игна киритиш лозим. Текширув натижалари асосида беморлар куйидагича таксимланган: 65 нафар беморда Бейкер кистаси + медиал менискнинг шикастланиши, 8 нафарида – Гофф ёғли танасининг гипертрофияси, 23 нафарида – тизза бўғимининг синовити билан биргаликда ташхисланди. Тизза бўғимининг артроскопиясидан сўнг таким ости соҳасига хар 1 соатда 20 минут давомида муз солинган копча (махаллий гипотермияни амалга ошириш учун) 3 кундан 5 кунгача кўйилди, 5 – кундан эса енгил компрессия бериш учун кумли копча 10 кунга кўйилади.

Жарроҳлик амалиётидан сўнг беморларнинг одатий фаолиятига тўлик қайтиши ўртача 2 ойни ташкил этади.

Артроскопик даволашнинг самарадорлиги операциядан кейинги 8 ҳафтадан 6 ойгача бўлган вақтда баҳоланди. Ижобий клиник натижаларга шикаятларнинг сўниши, салбий аломатларнинг йўқлиги ва кундалик ҳаётга қайтиши инобатга олинди. Артроскопия усулида даволанган барча беморларда ижобий натижа кайд этилди.

Хулосалар: Тизза бўғимининг Бейкер кистасини ташхислашда МРТ-текширувини ахамияти юкоридир.

Бейкер кистаси аниқланган беморларни артроскопик услубда даволаш бўғимнинг функциясини киска муддатларда тиклашга, беморларни нормал фаолиятига қайтариш, ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради.

БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ЭНДОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР АСОСИДА ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т.,

Ботиров Н.Т., Абдулазизиов О.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Бейкер кистаси тизза бўғими остида (дорзал қисмида) хосил бўлувчи тизза бўғими халтасини синовал копламаси билан бирга бўртиб чикувчи хосиласидир. Тизза бўғими ичи билан боғлиқлик, туташган жойини мавжудлиги хисобига тизза бўғимида гидродинамик босимни ортиши Бейкер кистасини хажми прогрессив равишда ортиб боради ва унинг атрофида жойлашган вена, артерия ва нерв томирларини доимий компрессияга учратади ва клиник белгиларини хосил бўлишига сабаб бўлади. Бейкер кистасини учраш частотаси 3,4% дан 32 % гача. (М.Э.Ирисметов 2018 й.) Анаанавий даволаш услублари билан даволанганда (пункция-аспирация усули, очик усулда олиб ташлаш) 50% гача киста кайталади.

Тадқиқотнинг мақсади: Замонавий технологияларни қўллаган ҳолда Бейкер кистасини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Клиник материаллар ва текшириш усуллари: Республика ихтисослашган травматология ва ортопедия илмий амалий маркази спорт травма бўлимида 2018-2021 йил даволанган 96 беморнинг тахлилига асосланган. Беморларнинг ёши 23-67 ёшни ташкил этди. Этиологияси ўрганилганда беморлар куйидаги сабабларни келтирган: тизза бўғими яллиғланиши, артроз – артрити, менисклар жароҳатлари. Бу сабабий боғлиқлик билан Бейкер кистасини дастлабки белгиларини хосил бўлиши орасида 1 йилдан 3 йилгача бўлган вақт мезонини алоҳида ниобатга олиш лозим бўлади. Рентгенологик, УТТ, МРТ- текширувида олинган натижалар бир-бирини тўлдиради. Бугунги кунда Бейкер кистасини ташхислашда тизза бўғимини МРТ текшируви устивор хисобланади.

Натижалар ва унинг муҳокамаси: клиник гуруҳга кирган 96 нафар беморнинг текширув натижалари куйидагича булди: тизза бўғимини яллиғланиши

55(60%), жарохатдан сўнги холати 24(25%), идиопатик холат 17(17,7%). Тизза ичи структураларини ўзгаришини аниқлаш ва уни Бейкер кистаси билан биргаликда даволашни ташкил этиш бугунги кун талаби хисобланади. Артроскопия услубини амалиётга кириши унда ишлатилувчи кичик хажмли асбоб – ускуналарнинг такомиллашиши тизза бўғимида ёпик эндоскопик усулда даволашга бўлган кўрсатмаларни кенгайтди. Амалиётда қўлланилаётган Артроскопик усули аниқланган тизза бўғими ичи патологик ўзгаришларини визуал назорат қилиш ва бир вақтда бартараф қилиш орқали Бейкер кистаси қобиғига таъсир этувчи гидродинамик босимни пасайтиради, киста билан туташган жойини визуал назорат остида коагуляция ёрдамида герметизация қилиш имконини беради. Операциядан кейинги даврда киста рецидивини бирламчи тургун профилактикасига эришилади. Бизнинг кузатувимизда бўлган 96 нафар беморнинг барчаси Артроскопия усулида операция қилинди. Операция давомийлиги 20-30 минутни ташкил этди. Беморларни операциядан кейинги кузатуви 3-6 ойни ўз ичига олди. Бу давр ичида барча 96 нафар беморда клиник белгиларни сезиларли сўниши кузатилди. Рецедив холатлар аниқланмади.

Олинган натижалар асосида хулоса қилиш мумкинки Бейкер кистасини ташхислашда МРТ диагностикаси ўтказиш устивор хисобланади. Артроскопик даволаш натижалари ананавий усули билан таққосланганда жарохатланган тизза бўғими фаолиятини оптимал муддатда тикланиш имконини беради.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт.
Андижанский филиал РНЦЭМП.*

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов, после удаления грыж поясничных межпозвонковых дисков, рецидивы заболевания наблюдаются в 10–25 %. Основным клиническим симптомом данной патологии позвоночника является болевой синдром различной степени выраженности. Болевой синдром развивается, как правило, за счет неполноценного удаления грыжи диска, истинного рецидива грыжи межпозвонкового диска, рубцово-спаечных разрастаний и эпидурита.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков, профилактика ранних и отдаленных осложнений.

Материал и методы. Проведен анализ 275 наблюдений пациентов с поясничным остеохондрозом в отдаленном послеоперационном периоде. При распределении по полу: 148 мужчин (67,7 %) и 137 женщин (36,3 %), возраст пациентов от 20 до 65 лет. Во время обследования проводили: неврологический осмотр, МРТ или МСКТ поясничного отдела позвоночника, оценка по ВАШ интенсивности болевого синдрома и при необходимости — функциональная спондилография. Сущность способа заключается в сравнительной оценке данных комплексного обследования больного (включая клинико-неврологический осмотр, нейровизуальное исследование) до оперативного вмешательства, с выявленными данными в отдаленном послеоперационном периоде. Это позволило установить наиболее значимые критерии выявления разновидностей следующих форм поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде: регрессивная, ремитирующая, рецидивирующая, прогрессирующая, осложненная.

Результаты. В 19,0 % (57 больных) нами выявлена рецидивирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде. Данная форма характеризуется присутствием ирритативного или компрессионного корешкового синдрома на уровне оперированного сегмента. В 78,4 % (58 больных) эта клиническая

картина сочетается с ранее дооперационным присутствием ирритативных, компрессионных корешковых синдромов или их сочетанием на уровне не оперированного ПДС. При нейровизуализационном обследовании очага остеохондроза до и после оперативного лечения выявлена картина рецидива грыжи оперированного межпозвонкового диска, образования рубцово- спаечного процесса в области оперированного ПДС, развития нестабильности на уровне оперированного ПДС и при сочетании развития рецидива грыжи межпозвонкового диска с образованием рубцово-спаечного процесса.

Заключение. Выявленные клинические проявления заболевания в отдаленном послеоперационном периоде являются значимыми, и являются критериями выявления разновидности формы поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде, которая называется «рецидивирующей». Данная форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде имеет своеобразный вариант развития, определенные клинико-лучевые критерии диагностики, сроки развития и требует проведения различных лечебных и реабилитационных мероприятий.

МИНИИНВАЗИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Давлатов Б.Н, Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Тяжелая черепно-мозговая травма остается важнейшей проблемой практической нейрохирургии. Декомпрессивная трепанация черепа является основным методом удаления травматических гематом и снижению внутричерепного давления. В неотложной нейрохирургии ДТЧ производят при остром пролабировании мозга, его нарастающем отеке и дислокационном синдроме. Нарастающий после операции отек мозга поддерживает имеющееся вклинение, способствует его увеличению. Это приводит к нарастающему сдавлению ствола мозга, нарушению в нем кровообращения, возникновению или нарастанию ишемии. Ишемия ствола мозга в этих условиях является основным фактором, определяющим дальнейший прогноз для больного. Поэтому увеличение внутричерепного объема способствует профилактике или снижению ишемических процессов в стволе мозга, спасению жизни больного.

Цель и задачи. Усовершенствование методов хирургического лечения острых травматических (эпи- и субдуральных) гематом при выраженном отеке головного мозга.

Материал и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 80 больных с острыми травматическими гематомами, которые находились в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП. Возраст больных от 18 до 65 лет. Основной вид травмы бытовой и дорожно-транспортные происшествия. Обследование включало: клиническую оценку состояния больных, определение уровня сознания; первичная оценка функционального состояния ЦНС путем компьютерной томографии головного мозга.

Результаты и их обсуждение. При проведении мультиспиральной компьютерной томографии получены четкие информативные данные, характеризующие все компоненты внутричерепного содержимого, что дало возможность проследить динамику развития крайне тяжелой ЧМТ с острой субдуральной гематомой, осложнившейся выраженным отеком-набуханием белого и серого вещества с редуцией мозгового кровотока. В связи с этим было принято решение о проведении декомпрессивной трепанации черепа, удаление острой субдуральной гематомы путем вскрытия твердой мозговой оболочки в нескольких местах по ходу расположения гематомы, что приводило к пассивному удалению гематомы через секции и декомпрессии мозговой оболочки без повреждения коры головного мозга. После

проведенного оперативного вмешательства, была выполнена компьютерная томография, подтверждающая удаление гематомы. Летальность в послеоперационном периоде была связана с тяжелым исходным состоянием больных. В случае смерти на аутопсии выявлялось отсутствие гематомы, что свидетельствовало о правильности применяемого метода.

Выводы. 1. Острые субдуральные гематомы относятся к наиболее неблагоприятным в прогностическом отношении клиническим формам ЧМТ. 2. Метод удаления субдуральных гематом путем нескольких мини разрезов твердой мозговой оболочки является перспективным методом, который помогает минимизировать хирургическую травму, предотвращает повреждение серого вещества головного мозга и повышает результаты лечения и выживаемости.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Баратов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт.*

В последние десятилетия отмечается тенденция к прогрессивному росту онкологической заболеваемости.

По данным ВОЗ и IARC (The International Agency for Research on Cancer), в 2018 г. в мире было зарегистрировано 12,4 млн. новых случаев злокачественных новообразований и 7,6 млн. случаев смертельных исходов, связанных с этой патологией, а общее количество людей с диагностированными злокачественными новообразованиями составило 28 млн. человек.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения опухолей головного мозга.

Материал и методы исследования: В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП было проведено обследование и хирургическое лечение 65 больных с первичными опухолями головного мозга. Возраст больных от 25 до 65 лет. Среди обследованных больных мужчин – 29 (44,6 %), женщин – 36 (55,4 %) больных.

Всем больным проведено клинико-неврологическое, МСКТ и МРТ исследование. У 53 () больных преобладали общемозговые симптомы – головная боль, головокружение, тошнота и рвота. В неврологическом статусе отмечены парезы, параличи, речевые и зрительные нарушения. При расположении опухоли в височных долях головного мозга у 16 (24,6 %) больных одним из ведущих признаков были судороги эпилептического характера. В состоянии ясного сознания были 42 (64,6 %), оглушения 12 (18,4 %), сопорозном состоянии 9 (13,8 %) и комы 2 (3,1 %) больных.

При МСКТ и МРТ исследовании правополушарное расположение выявлено у 28 (43,0 %), левополушарное у 32 (49,2 %) и опухоль мозжечка у 5 (7,6 %) больных. По данным МСКТ и МРТ исследования размеры опухоли от 2,3 x 2,5 см до 5 см в диаметре. Так же вокруг опухолевого процесса отмечено наличие перифокального отека.

До операции больным проведено дегидратационная терапия в целях уменьшения отека и внутричерепного давления.

После проведенного обследования больных произведено их хирургическое лечение.

По виду проведенного оперативного лечения больные разделены на 2 группы:

1 Костно-резекционная трепанация черепа с удалением опухоли головного мозга – 42 (64,6 %) больных.

2 Костно пластическая трепанация черепа с удалением опухоли – 23 (35,4 %) больных.

В зависимости от степени удаления опухоли: полное удаление – 47 (72,3 %) больных, частичное удаление опухоли – 15 (23,0 %) больных и взятие биопсийного материала – 3 (4,6 %) больных, что было связано с глубинным расположением и инфильтративным ростом опухоли. Во время проведения оперативного вмешательства во всех случаях были использованы микрохирургическая техника и операционный микроскоп. Интероперационно в 5 (7,6 %) случаях использовали УЗИ с целью определения расположения опухоли.

Результаты. По результатам проведенного хирургического лечения хорошие результаты (полный регресс неврологической симптоматики) получен у 37 (56,9 %) больных, удовлетворительный результат (частичное сохранение неврологических симптомов) у 25 (38,4 %) больных и неудовлетворительный результат (ухудшение неврологического дефицита) у 2 (3,1 %) и летальный исход наблюдался у 1 (1,5 %) больного.

Выводы. 1 Больные с опухолями головного мозга должны лечиться в специализированных нейрохирургических стационарах.

2 В дооперационном периоде необходимо обследование больных с привлечением смежных специалистов.

3 При проведении оперативного лечения необходимо использование микрохирургической техники и операционного микроскопа.

4 Раннее проведение оперативных вмешательств дают возможность получения хороших и удовлетворительных результатов.

5 Операции проведенные в состоянии комы являются причиной летальных исходов.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА.

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Давлатов Б.Н, Исаков К.Б, Джалилов Ф.Р,
Абдулазизов О.Н.*

Андижанский государственный медицинский институт.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Цель работы. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с опухолями спинного мозга.

Материал и методы. За период с 2012 г. по 2018 г. в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП находились на лечении 12 пациентов с опухолями спинного мозга, из них 9 пациентов с опухолями интрамедуллярной локализации. Выполнялось комплексное исследование пациентов до и после удаления опухолей спинного мозга с использованом различных программ МРТ. В исследование включены пациенты по следующим критериям: возраст от 30 до 70 лет; наличие у пациента экстра- или интрамедуллярной опухоли спинного мозга, верифицированной МРТ; отсутствие сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации. Большинство пациентов поступило в нейрохирургический стационар с выраженным неврологическим дефицитом, около 40 % нуждались в постороннем уходе, наиболее характерными клиническими проявлениями являлись двигательные и чувствительные выпадения, нарушения функций тазовых органов.

Результаты проведенного исследования показали, что клиническая картина довольно разнообразна и имеет свои особенности, обусловленные в первую очередь локализацией опухоли относительно спинного мозга. Ведущим клиническим

проявлением являлся синдром частичного или полного поперечного поражения спинного мозга, наблюдавшийся у 80 % пациентов. Периферические парезы выявлены у 15 % пациентов. Из них у 20 % — при опухолях на уровне шейного утолщения периферические парезы в руках сочетались с центральными парезами в ногах. Нарушения функции тазовых органов достоверно чаще отмечены при локализации экстрамедуллярных опухолей на уровне нижнегрудного и поясничного отдела спинного мозга и корешков конского хвоста и имело место у 12 % пациентов. Наиболее характерными клиническими синдромами интрамедуллярных опухолей были боли и чувствительные выпадения. Однако, ввиду незначительного количества наблюдений, пока не удалось определить четкую зависимость между проявлениями этих симптомов и гистологической природой опухоли. Хирургическое лечение пациентов с экстрамедуллярными опухолями показало высокую эффективность. Выявлено, что ранние и отдалённые результаты операций существенно отличаются. Ранние результаты операций оценены, как хорошие у 78 % пациентов, удовлетворительные — у 22 %. Установлено, что оптимальным сроком проведения хирургического лечения является стадия начальных проявлений при минимальном неврологическом дефиците, когда частота хороших результатов достоверно выше. В отношении тактики удаления опухолей спинного мозга мы склоняемся в пользу радикальности вмешательства — по возможности тотального и субтотального, т.к. парциальное удаление опухолей затрудняет проведение реабилитации в послеоперационном периоде. В раннем послеоперационном периоде у многих (85 %) пациентов отмечались нарушения глубокой чувствительности с длительным, но хорошим регрессом неврологического дефицита. Темп неврологического восстановления после удаления интрамедуллярной опухоли достаточно медленный, функциональное улучшение относительно дооперационного статуса обычно связано с разработкой и использованием индивидуальной программы реабилитации. У наших пациентов, в раннем послеоперационном периоде и в сроки до 6 месяцев (при проведении курсов ранней стационарной медицинской реабилитации) после операции, отмечено хорошее восстановление у 78 %, без динамики у 5 %, ухудшение у 17 % пациентов.

Заключение. Предоперационный функциональный статус пациента является значимым фактором, определяющим его послеоперационное состояние. Проведение курсов ранней и поздней стационарной медицинской реабилитации достоверно улучшают функциональный результат у пациентов после хирургического лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Давлатов Б.Н, Исаков К.Б, Баратов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Актуальность. Хирургические методы лечения опухолей головного мозга характеризуются своей сложностью и не всегда можно радикально удалить патологический участок. Операции на головном мозге по поводу опухолевого процесса может сопровождаться кровопотерей, дополнительной травматизацией окружающих тканей головного мозга. Так же значительное влияние на состояние больных оказывает длительность оперативного вмешательства. В настоящее время применение новых технологий позволяет уменьшить инвазивность оперативных вмешательств и улучшает качество жизни больных с опухолями головного мозга.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа результатов хирургического лечения больных традиционными методами и с применением новых технологий.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП проведено обследование и хирургическое лечение 47 больных с глиальными опухолями полушарий головного мозга. Возраст больных от 25 до 65 лет. Среди обследованных больных мужчин – 19 (40,4 %), женщин – 28 (59,6 %) больных. Всем больным проведено клиничко-неврологическое обследование, КТ и МРТ исследование головного мозга. 27 (61,7 %) больным дополнительно проведено КТ исследование с контрастированием. По результатам КТ и МРТ исследования установлены место и глубина расположения опухоли, размеры и взаимоотношение с окружающими тканями головного мозга. Это позволило нам до операции определить тактику и способ хирургического вмешательства (выбор вида и метода оперативного доступа), учет возможной травматизации и кровопотери.

Результаты. Главной задачей являлось сохранение функционально значимых участков головного мозга с учетом анатомического строения. Все оперативные вмешательства выполнены с применением микрохирургического инструментария и операционного микроскопа, с целью визуализации патологического участка. Это позволило нам сократить время операции и уменьшить интраоперационную кровопотерю. По степени радикальности проведенных оперативных вмешательств больные разделены следующим образом: полное тотальное удаление опухоли – 27 (57,4 %) больных, субтотальное удаление – 16 (34,0 %) и биопсия – 2 (4,2 %) больных. По результатам проведенных оперативных вмешательств в ближайшем послеоперационном периоде у 53,7 % больных отмечен регресс неврологической симптоматики. Результаты лечения показали, что состояние больных до операции (стадия компенсации) оказывает значительное влияние на течение послеоперационного периода. Хорошие клинические результаты получены у 34 (72,3 %) больных, удовлетворительные у 9 (19,1 %) и неудовлетворительные у 2 (4,2 %).

Выводы. Таким образом, правильный выбор операционной тактики и применение новых технологий в хирургии опухолей головного мозга способствует улучшению результатов и качества жизни больных в послеоперационном периоде.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Таилов Ф.Н., Исаков К.Б, Мамаджанов К.Х.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Определенное значение для прогноза и определения плана дальнейших реабилитационных мероприятий после хирургического лечения поясничного остеохондроза имеет динамика течения и причины развития различных форм течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде. Ранее установлено, что каждая из выявленных форм течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде (регрессивная, ремитирующая, рецидивирующая, прогрессирующая, осложненная) имеет свои возможные варианты развития, и сроки возникновения. Целью настоящего исследования явился анализ динамики клинического течения поясничного остеохондроза и выявление типичных трансформаций.

Материалы и методы. Проведен анализ 389 наблюдений пациентов с поясничным остеохондрозом в отдаленном послеоперационном периоде. Среди обследуемых 248 мужчин (67,7 %) и 141 женщина (36,3 %). Возраст пациентов от 20 до 72 лет. Пациентам проводился стандартный диагностический комплекс: неврологический осмотр, МРТ или СКТ поясничного отдела позвоночника, оценка по

ВАШ интенсивности болевого синдрома и при необходимости — функциональная спондилография.

Результаты и обсуждение. Проведенный детальный анализ показал, что после оперативного лечения по завершению ближайшего послеоперационного периода (т.е. с момента выписки больного из стационара) диагностируются три основных формы поясничного остеохондроза (регрессивная, ремиттирующая и осложненная), которые в отдаленном послеоперационном периоде могут изменяться. По нашим данным происходит это в 67,1 % (261 больной). При динамическом наблюдении установлено, что регрессивная форма в процессе течения болезни в 11,4 % (16 больных) трансформироваться в рецидивирующую форму и в 15,0 % (21 (больной) в прогрессирующую форму.

Ремиттирующая форма — при прогрессировании дегенеративно — дистрофических процессов в МПД, расположенных рядом с оперированным в 33,7 % (33 больных), трансформируется в прогрессирующую форму и в 59,2 % (58 больных) в рецидивирующую. При осложненной форме поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде в 60,9 % (14 из 23 больных) происходит полный регресс ранее развившегося неврологического дефицита, в связи с чем данная форма в дальнейшем, в зависимости от клинических и нейровизуализационных проявлений, трансформируется в 21,7 % (5 больных) в регрессивную и в 39,1 % (9 больных) ремиттирующую форму.

Заключение. Полученные данные позволяет считать, что в результате хирургического лечения и прогрессирования дегенеративных процессов, в отдаленном послеоперационном периоде клинические проявления поясничного остеохондроза могут существенно изменяться, т.е. трансформироваться из одной формы течения в другую, что требует и изменения тактики при проведении реабилитационных мероприятий.

ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ГЕАНГИОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА

*Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Мамаджанов К.Х, Мамадалиев А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт.*

В последнее время в связи с повышением диагностических возможностей лучевых методов исследования, МСКТ и МРТ улучшилась выявляемость различных патологий позвоночника. Во время консультаций больных с жалобами на боли в грудном и поясничном отделах позвоночника диагностируются гемангиомы позвоночника как причина болевого синдрома. Особый интерес представляют агрессивные гемангиомы, которые считаются потенциально опасными эпидуральным распространением мягкотканного компонента опухоли; патологическими компрессионными переломами тел пораженных позвонков; медуллярной ишемией в результате синдрома обкрадывания. Синдромы обкрадывания составляют 3-4% из числа выявляемых гемангиом.

Цель исследования — усовершенствование диагностики гемангиом, разработать показания к оперативным методам и повысить эффективность методики пункционной вертебропластики.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 356 пациентов с патологией позвоночника. Возраст пациентов — от 18-ти до 65 лет с продолжительностью заболевания от одного месяца до пяти лет. У 56 больных по данным МРТ исследования были выявлены гемангиомы: на уровне одного позвонка у 32 больных, на уровне двух и трех позвонков у 24 больных. Наиболее часто, в 79% наблюдались одиночные поражения тел позвонков. В 68,6% поражен грудной отдел

позвоночника, в 27,7% — поясничный, крайне редко — шейный (3%) и крестцовый (2%) отделы позвоночника. Частым местом локализации гемангиом в грудном отделе позвоночника были Th9 – Th10 и в поясничном — L2 – L3 позвонки. Размеры гемангиом от 1 см до 3-х см в диаметре.

В зависимости от размеров и характера гемангиом и, соответственно, применяемых методов лечения, все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 23 больных с большими гемангиомами позвоночника, которым выполнялась ПВП. Вторую группу — больные с малыми гемангиомами позвоночника, которым проводилось консервативное лечение. Больные с малыми гемангиомами составили контрольную группу и наблюдались в динамике, проходя клинико-инструментальное обследование два раза в год. Контроль эффективности оперативного лечения проводили через 2 часа после ПВП и на следующий день.

Результаты. Основными клиническими проявлениями симптоматических и компрессирующих гемангиом позвоночника был болевой синдром, частота встречаемости и интенсивность которого была достоверно выше ($p < 0,01$) у пациентов с большими гемангиомами ($4,52 \pm 0,11$ мм по ВАШ), а среди всех больных с большими гемангиомами — у пациентов с компрессирующим течением заболевания ($5,80 \pm 0,22$ мм, $p < 0,001$).

По нашим данным, в первые шесть месяцев в большинстве случаев заболевание протекает асимптомно, затем присоединяется болевой синдром, а при длительности заболевания более двух лет появляется неврологическая симптоматика.

У больных с большими гемангиомами наиболее распространенным структурным типом были капиллярный (35,6%) и смешанный (42,4%), тогда как среди малых преобладали смешанный (51,3%) и кавернозный (32,1%) типы.

У оперированных больных, когда не было заинтересованности спинного мозга проведено перкутанная вертебропластика, в случаях признаков компрессии спинного мозга в результате патологического перелома тела позвонка проведено открытое вмешательство — декомпрессивная ламинэктомия, вертебропластика костным цементом.

Выводы:

1. Оптимальный диагностический алгоритм при обследовании больных с гемангиомами позвоночника: спондилография, МСКТ и МРТ исследование позвоночника.
2. Показаниями к проведению ПВП является наличие стойкого болевого синдрома без симптомов сдавления спинного мозга, патологический компрессионный перелом.
3. При наличии признаков компрессии спинного мозга необходимо проведение открытого хирургического вмешательства и вертебропластика костным цементом.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛИТОВ.

*Исаков К.Б, Исаков Б.М, Давлатов Б.Н, Ташланов Ф.Н, Мирзаюлдашев Н.Ю,
Мамаджанов К.Х, Джалилов Ф.Р, Абдулазизов О.Н.*

Андижанский государственный медицинский институт.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Введение. Остеомиелиты (спондилиты, спондилодисциты) позвоночника составляют от 2,2 до 8 % от всех остеомиелитов. В последние годы отмечено увеличение частоты этого заболевания. Однако до сих пор нет единого мнения относительно метода лечения данной патологии.

Цель исследования. Целью исследования являлось обоснование возможности применения современных стабилизирующих металлоконструкций в лечении гнойных заболеваний позвоночника.

Материал и методы. С 2015 по 2020 года в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП пролечено 12 больных с воспалительным поражением позвоночника различной этиологии. Целью оперативных методов лечения являлось: а) удаление очага поражения путем резекции тела позвонка в пределах здоровых тканей; б) декомпрессия нервных образований; в) фиксация позвоночника.

Результаты. Применяя данную оперативную методику в сочетании с антибактериальной терапией, удалось во всех случаях восстановить опороспособную функцию позвоночника, добиться нормализации температуры и анализа крови к 7–8 суткам с момента операции. Болевой синдром исчезал или значительно уменьшался к 5-10 суткам. Положительные изменения на спондилограммах, МСКТ и МРТ снимках появлялись к моменту выписки больных. Во всех случаях достигнута консолидация пораженного сегмента в отделенном периоде.

Выводы. Таким образом, на современном уровне в лечении остеомиелита позвоночника предпочтение должно отдаваться хирургическим методам. Оно должно включать удаление очага в пределах здоровых тканей, а также стабилизацию пораженных сегментов. Обязательным является применение антибиотиков в до- и послеоперационном периоде

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р.

Андижанский государственный медицинский институт.

Республика Узбекистан.

Основой исследования послужили результаты лечения 147 больных с ущемленными вентральными грыжами, которые были оперированы в экстренном порядке в отделении хирургии Андижанского областного многопрофильного медицинского центра за период с 2015 по 2020 гг. Все больные были разделены на две группы: в основную группу включено 56 больных с указанным диагнозом, в группу сравнения – 91 пациент. Возраст больных был от 23 до 83 лет, средний возраст составил в группе сравнения – $53,5 \pm 1,3$ года и в основной группе – $54,5 \pm 1,4$ года. Средние сроки ущемления в обеих группах не превышали 8 часов. Наиболее часто пациенты обращались в первые 2-4 часа с момента ущемления. Частота обращений больных за медицинской помощью позднее 4 часов после ущемления была практически одинаковой в обеих группах и составила 23,2% и 20,9% в основной и группе сравнения соответственно, что исключало негативное влияние сроков ущемления на результаты исследования. Тяжесть общего состояния пациентов была оценена как средняя у подавляющего большинства – 91,1% (51) и 92,3% (84) в основной и группе сравнения соответственно, и только лишь в 3,6% (2) случаях основной и 2,2% (2) в группе сравнения отмечена тяжелая степень заболевания.

По характеру выполненных операций больные распределились следующим образом: протезирование «onlay» с ушиванием дефекта апоневроза выполнено у 44 (48,4%) больных в группе сравнения и у 26 (46,4%) – в основной группе; протезирование «onlay» без ушивания дефекта апоневроза выполнено в 47 (51,6%) случаях в группе сравнения и в 30 (53,6%) – в основной группе.

В основной группе пациентов использован способ профилактики раневых гнойно-воспалительных осложнений при аллопластике ущемленных послеоперационных вентральных грыж, включающий введение в операционную рану лекарственного препарата, при этом, после фиксации синтетического имплантата, в операционной ране располагают дренажные системы типа Редон, в качестве лекарственного препарата используют 50 мл раствора препарата «ФарГАЛС» в соотношении 1:3, которым

сначала обрабатывают рану интраоперационно и затем через трехканальный туннельный катетер, введенный в рану, два раза в день в течение 3 суток.

Способ осуществляют следующим образом. Больному выполняют хирургическое вмешательство по поводу ущемленной послеоперационной вентральной грыжи. При этом после этапа фиксации синтетического имплантата в область послеоперационной раны, в пространство над сетчатым эндопротезом помещают дренажную систему типа Редон, предназначенную для активного низковакуумного дренирования. Далее в операционную рану вводят препарат «ФарГАЛС», разведенный в физиологическом растворе до 50 мл в соотношении 1:3. Затем в операционной ране над сетчатым эндопротезом помещают трехканальный туннельный катетер, через который вводят раствор препарата «ФарГАЛС» два раза в день в течение 3 суток.

Использование дренажных систем типа Редон обеспечивает активное низковакуумное дренирование послеоперационной раны, создавая оптимальные условия для аспирации, минимизирует травматизацию тканей при проведении дренажа, обеспечивает асептичность манипуляции.

Трубки систем типа Редон соединены через коннектор по принципу от меньшего диаметра к большему, что способствует длительному поддержанию проходимости дренажной системы.

Трехканальный туннельный катетер легко доступен, может оставаться на месте в течение длительного времени. Расположение устройства в ране позволяет обойтись без пункций иглой.

Введение препарата «ФарГАЛС» через трехканальный катетер, расположенный в ране поверх протеза, как показано на рис. 1, позволяет равномерно инфильтрировать антисептическое средство по периметру раневой поверхности.

После операции осуществлялся контроль за течением раневого процесса. Критериями оценки служили: субъективные ощущения больного (характер и интенсивность боли), визуальная и пальпаторная оценка состояния раны (наличие или отсутствие гиперемии, инфильтрации, отека краев, количества и характера отделяемого из раны). Для оценки интенсивности боли в послеоперационном периоде использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала. Согласно данной шкале: легкая боль соответствует 1-2 баллам, умеренная 3-4 баллам, средняя – 5-6 баллам, сильная – 7-8 баллам и сильная нетерпимая – 9-10 баллам.

Результаты. Согласно полученным данным 10-балльной визуально-аналоговой шкалы интенсивность боли на 1 сутки после операции пациентами как группе сравнения, так и в основной группе оценена как сильная, средние значения составили 7,8 и 7,2 баллов соответственно. Уже на вторые сутки на фоне предпринятой тактики лечения в основной группе интенсивность болей была ниже, чем в группе сравнения, и соответствовала 5-6 баллам, в среднем 6,5. В дальнейшем данная тенденция сохранялась, и на 6-е сутки после операции пациенты основной группы отмечали умеренные боли, тогда как в группе сравнения пациенты отмечали боли средней интенсивности.

Так, на протяжении всего послеоперационного периода прослеживаются статистически лучшие показатели балльной шкалы болевого синдрома в основной группе пациентов ($t=2,43-3,18$; $p<0,05$).

Оценка количества отделяемого по дренажам в группах исследования показала, что на первые сутки после операции в основной группе пациентов объем отделяемой жидкости составил в среднем 71,3 мл, тогда как в группе сравнения – 96,6 мл. На 3-е сутки после операции данные показатели составили 30,3 мл и 48,5 мл в основной и группе сравнения соответственно. Составление графика динамики изменения количества дренажного отделяемого, и статистическая обработка данных показала, что уже на первые сутки после операции имелась значимая разница в пользу пациентов

основной группы ($t=5,49$; $p<0,05$), что сохранялось на всем протяжении периода дренирования полости раны.

В сроки до 6 месяцев после операции наблюдались следующие осложнения: инфильтрат операционной раны отмечен у 6 (9,2%) пациентов в группе сравнения и у 2 (4,3%) – в основной группе. При этом, всего больных с осложнениями было 7 (10,8%) в группе сравнения и 2 (4,3%) в основной группе.

Закключение. Применение в качестве превентивных мероприятий предложенного способа интраоперационной профилактики развития раневых осложнений позволили в целом улучшить результаты хирургического лечения больных с ущемленными вентральными грыжами. В частности, эти мероприятия позволили снизить частоту раневых осложнений в ближайшем периоде с 20,9% (у 19 из 91 больного в группе сравнения) до 7,1% (у 4 из 56 пациентов в основной группе), сократить пребывание пациентов в отделении реанимации с $1,5\pm 0,1$ (в группе сравнения) до $1,2\pm 0,1$ суток (в основной группе), и в целом госпитальный период с $7,7\pm 0,1$ до $6,7\pm 0,1$ суток, снизить риск развития отдаленных специфических осложнений с 10,8% (у 6 из 65 прослеженных в группе сравнения пациентов) до 4,3% (у 2 из 46 прослеженных в основной группе больных).

ПРИЗНАКИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ КАРТИНЫ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исламов Ш.Э., Рахманов Х.А., Рахимов Н.М.
Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является высокоинформативным методом визуализации, но в настоящее время не рекомендована для выявления рецидива рака предстательной железы (РПЖ) после дистанционной лучевой терапии при локализованном РПЖ.

Цель исследования: изучить магнитно-резонансную картину изменений в предстательной железе у больных с локализованным РПЖ после радикальной лучевой терапии.

Материалы и методы исследования. Изучены и сопоставлены с данными клинического и гистологического исследования серии томографий у 20 больных РПЖ до и после лучевой терапии. При МРТ применялись стандартные последовательности (T2-взвешенные изображения, диффузионно-взвешенные изображения, динамическое контрастное усиление).

Результаты исследования. У всех больных до облучения очаги РПЖ были в периферической зоне и на T2- взвешенные изображения (ВИ) визуализировались как участки сниженного МР-сигнала с нечеткими контурами. После облучения в отсроченный период (через 6–12 мес) в структуре предстательной железы возникли атрофия и фиброзные изменения, что привело к уменьшению ее размеров, неровности контуров, потере нормальной зональной анатомии. На T2-ВИ это проявлялось в виде диффузного снижения интенсивности сигнала и невозможности дифференцировки периферической, центральной и транзитной зон железы. Также уменьшился объем семенных пузырьков, стенки их утолщались за счет фиброзных изменений. У больных, которым облучали предстательную железу и отдельно лимфатические узлы малого таза, при томографии в отсроченный период (через 6–12 мес) сохранялся умеренный отек клетчатки малого таза, мышц промежности, выявлялось уменьшение лимфатических узлов. После облучения в отсроченный период возникают атрофия и фиброзные изменения в структуре предстательной железы, что приводит к уменьшению ее размеров, неровности контуров, невозможности дифференцировать зональную анатомию на T2-ВИ. После лучевой терапии интенсивность МР-сигнала от

опухоли на диффузионно-взвешенных изображениях с высоким b-фактором уменьшается, разница измеряемого коэффициента диффузии периферической, транзиторной зон и опухоли практически нивелируется. После лучевой терапии прогрессирующе снижается гиперваскулярность опухоли, следовательно, в отсроченном периоде в большинстве случаев наблюдается 3-й тип кривой контрастирования при динамическом контрастном усилении. В целом МРТ дает согласованные с динамикой сывороточного уровня простатоспецифического антигена результаты. До лучевого лечения во всех очагах РПЖ наблюдался второй тип контрастного усиления (кривая по типу «плато» - быстрое накопление и длительное удержание контраста тканью), обусловленный гиперваскулярностью опухоли. У больных, перенесших лучевой терапии, в отсроченный период преимущественно (в 78% случаев) наблюдался третий тип контрастирования (медленное нарастание - медленное накопление контрастного вещества), который обусловлен постлучевым фиброзом. Однако у одного больного после лучевой терапии на томографии обнаружены признаки местного прогрессирования без признаков биохимического прогрессирования.

Выводы. Магнитно-резонансная томография может применяться в качестве метода ранней диагностики местного рецидива рака предстательной железы после дистанционной лучевой терапии, однако ее клиническое значение требует дальнейшего изучения.

ЛЕЙШМАНИОЗЫ – ПАТОГЕНЕЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ.

Исламова З. Б., Мамурова Г. Н.

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы: Семейство трипаносомовые широко распространены в мире. Заражения лейшманиозом ежегодно подвергается около 300-350 млн. человек в мире. Несмотря на то, что лейшманиозы зарегистрированы в 83 странах, только из 35 стран поступают сообщения о местных случаях заболевания, что связано с отсутствием обязательной регистрации больных лейшманиозами в большинстве стран.

Ключевые слова: Лейшманиозы, промастиготы, микст-инфекций, макрофагов, носоглоточный лейшманиоз.

Цель исследования: Узбекистан в первой половине прошлого века занимал лидирующее положение по числу заболевших среди республик СССР. К концу 60-х годов XX столетия заболеваемость снизилась до спорадических, единичных случаев. 1925 г. Это произошло в результате уничтожения бродячих и больных собак, начатого в Ташкенте в под руководством Н.И.Ходукина и в 1932 г. в Самарканде под руководством Л.М.Исаева проводили длительных и широкомасштабных противомаларийных мер. Таким образом снизилась численности комаров в городских и сельских местностях, приведших одновременно к снижению численности москитов. По данным официальной статистики с 1920 по 1985 гг. в республике было зарегистрировано 6112 случаев В Л, а с 1960 по 1987 гг. - только 108 случаев заболевания

Материал и методы исследования: Лейшманиозы являются возбудителями протозойных заболеваний человека. Лейшманиоз у человека это группа инвазионных протозойных заболеваний, вызываемое простейшими передающихся через укусы инфицированных москитов рода *Phlebotomus* (трансмиссивным путем), микроорганизмами (*Leishmania*), характеризующихся поражением кожи и слизистых оболочек. В организме москита они бывают лептомонадную форму. Основные виды *Leishmania tropica* – возбудитель кожного лейшманиоза и *Leishmania donovani* - возбудитель висцерального лейшманиоза.

Результаты исследования: В Узбекистане заболеваний лейшманиозом выявляются спорадические случаи. Отягощающим фактором является тенденция к росту общего числа заболевших лейшманиозом и расширение ареала, в том числе и увеличение количества случаев микст-инфекций (**висцеральный лейшманиоз + вич**), а у местного населения эндемических районов — лейшманиоза с туберкулезом.

В основе квалификации лейшманиоза лежат различные этиологические, эпидемиологические, патогенетические и клинические признаки, в соответствии с которыми выделяют несколько клинических форм заболевания: *Висцеральный* с преимущественным поражением и вовлечением в процесс органов ретикуло-эндотелиальной системы (лимфатические узлы, костный мозг, селезенка, печень). *Кожный* с развитием процесса в структурах кожи (синонимы — **пендинская язва, болезнь Боровского, пендинка**). *Кожно-слизистый* (носоглоточный лейшманиоз) с поражением кожных покровов и слизистых оболочек, верхних дыхательных путей.

Выводы: Инкубационный период составляет у разных видов от 1-6 недель, 2-3 месяцев до 2 лет, реже до 4-5 лет, чаще 10-20 дней. В местах укуса инфицированных москитов формируется лейшманиома, число которых может достигать несколько десятков с локализацией на открытых участках кожи (лице, верхних, нижних конечностях). Они небольшого размера, неправильной формы, чаще с подрывными, реже ровными краями. Язвы практически безболезненны, однако при присоединении вторичной бактериальной микрофлоры появляется болезненность с гнойно-некротическим отделяемым.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Йулдошев А.А., Кодиров М.Ш., Кодиров Ш.Н.,

Андижанский государственный медицинский институт кафедра общей хирургии

Актуальность. В последнее время с появлением новых шовных материалов, миниинвазивных методов коррекции наметился значительный прогресс в лечении больных с ятрогенным повреждением желчных протоков, однако частота осложнений после восстановительных и реконструктивных операций остается высокой, составляя 10-47%, а послеоперационная летальность -5-28,5%. Повторные вмешательства вследствие формирования стриктур после первичной пластики желчных протоков приходится на 10-38% больных. Разделение повреждений желчных протоков в зависимости от уровня, а также времени распознавания травмы (во время операции или в послеоперационном периоде) определяет дальнейшую тактику хирургического лечения.

Цель исследования. Разработать программу обследования лиц с ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков при разных сроках их выявления и обосновать рациональные варианты хирургических вмешательств, позволяющие улучшить результаты лечения и повысить качество жизни пострадавших.

Материал и методы исследования. В работе использован принцип последовательного применения метода научного познания: от результатов анализа информационных источников – для обоснования актуальности и уточнения задач, через сравнительно-сопоставительный синтез данных ретроспективного анализа историй болезни, экспериментального моделирования – для получения адекватной модели на основе применения частно-научных методов (клиникофизиологического, морфологического, статистического), в дизайне исследования обоснования диагностических методик и выбора метода хирургического лечения.

Результаты исследования. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения пострадавших с ЯПЖП 1 группы проведен у 26 из 30 человек. Хорошие результаты отмечены лишь у 3 пострадавших, удовлетворительные – у 4 и неудовлетворительные – у 19. Неудовлетворительные результаты пострадавших 1 группы были связаны с развитием стриктур ББА (n=6), ГЕА (n=4), стриктур ОЖП, после ушивания частичного повреждения на Т-дренаже (n=8), и неадекватным реклипированием пузырного протока (n=1). Причиной развития стриктур после восстановительных операций на ОЖП явилось преждевременное удаление Т-дренажей. Отдалённые результаты хирургического лечения пострадавших с ЯПЖП 2 группы прослежены у всех пациентов. Отличные и хорошие результаты отмечены у 27 больных, удовлетворительные – у 5. Удовлетворительные результаты пострадавших 2 группы были связаны с появлением болевого синдрома в правой подрёберной области и приступами острого холангита, которые успешно купировались после проведения антибактериальной терапии. Проведенные нами исследования показывают значительное снижение качества жизни, при сравнении контрольной группы здоровых лиц с пострадавшими, которым проводили лечение до применения модифицированного алгоритма диагностики и лечения ($p<0,05$). Предпринятое адекватное хирургическое лечение, следующее из модифицированного алгоритма лечения лиц с ЯПЖП, характеризуется значительным улучшением качества жизни по всем критериям ($p<0,05$).

Вывод. Таким образом, полученные результаты при многоплановом изучении результатов хирургического лечения пострадавших с ЯПЖП доказывают целесообразность применения модифицированного лечебно-диагностического алгоритма. При использовании данного алгоритма отмечаются не только лучшие показатели непосредственных и отдаленных результатов, но и более короткие сроки госпитализации, и достойное качество жизни в послеоперационном периоде. При этом уменьшилось число послеоперационных осложнений в 5 раз, отсутствовали летальные исходы, неудовлетворительные результаты, сроки пребывания в стационаре составили соответственно $73\pm 14,8$ и $31,2\pm 7,4$ суток при хорошем качестве жизни оперированных

ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Кадиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Усмонов Х.К., Йулдошев А.А
Андижанский Государственный медицинский*

Актуальность. Антибиотикотерапия остается важным звеном в комплексе мероприятий, направленных на предупреждение и лечение патология органов брюшной полости. Все шире применяется предложенный Ю.М.Левиним и соавт.(1987) метод эндолимфатической и С.У.Джумабаевым (1989) лимфотропной антибиотикотерапии в комплексном лечении патология органов брюшной полости

Случаев описания совместного применения иммуномодулятора тималина, стандартного раствора метронидазола для промывания брюшной полости, для детоксикационной терапии косточкового адсорбированного угля, лимфотропной антибиотикотерапии, в доступной литературе мало изучено, что послужило основанием для выполнения данной работы

Материал и методы. Нами в последние 10 лет выполнены различные лапароскопические вмешательства у 2093 больных в возрасте от 17 до 84 лет, из них: холецистэктомия- 1071, аппендэктомия- 654, кистэктомия печени- 67, эхинококкэктомия (однокамерные) печени- 54, кистэктомия яичника-108, рассечение спаек при спаечной

кишечной непроходимости -93, санация и дренирование брюшной полости при перитоните -46.

Наиболее частым лапароскопическим вмешательством являлась холецистэктомия, выполненная нами в 1071 наблюдении.

Из 1071 больного в анамнезе 94 (8,7%)- оперированы на органах брюшной полости, причем 43- на верхнем этаже брюшной полости. У 30 больных имелась сопутствующая пупочная грыжа.

В 893 наблюдениях ЛХЭ выполнена без каких либо технических трудностей. Среднее время производства ЛХЭ в этой группе составило 45-60 мин. В 78 случаях во время вмешательства отмечены трудности, как уже отмечалось выше, в 76 случаях приведших к переходу на (конверсия) открытое вмешательство.

Лапароскопических аппендэктомий у 654 больных, при этом острый простой аппендицит послужил причиной оперативного вмешательства в 18 случаях, острый флегмонозный- 390 случаев, острый гангренозный - в 246 случаях.

В 93 наблюдениях после частичного разрешения спаечной кишечной непроходимости выполнено лапароскопическое (адгелизис) рассечение спаек, после которого явления непроходимости полностью разрешились.

В 46 случаях произведена санация и дренирование брюшной полости при острым разлитом перитоните. В послеоперационном периоде пришлось у 8 больных сделать релапаротомию по поводу продолжающегося перитонита.

Для улучшения послеоперационного течения мы всем больным применяли лимфатическую антибиотикотерапию, для этого во время операции установили микроирригатор круглой связки печени, брыжейки тонкого кишечника и круглой связки матки. Техника лимфатропной терапии лекарственных веществ осуществлялась через микроирригатор, который устанавливался во время операции. Сначала 40 мл 0,25 % раствора новокаина + гепарин 5000 ЕД капельно, потом 40 мл 0,25 % новокаина + 1 мл фуросемида + тималина 10 мг капельно, затем через 10-20 минут разведенная в 40 мл 0,25 % новокаина + одноразовая доза антибиотика (1 мл в минуту). Проводилось лечение в двух группах больных. Первая, основная группа - 463 больных леченной лимфотерапии и вторая - контрольная группа 174 больных леченной традиционным способом.

Вывод. Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств с применением лимфатической терапии при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение лапароскопической лимфатической терапии позволяет значительно снизить послеоперационное осложнение, летальность и достоверно сократить сроки стационарного пребывания больных по сравнению с контрольной группой пациентов.

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

*Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А.,
Яхёев С.М.*

*Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи*

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 486 больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ГДЯК). Из их числа у 179 пациентов осуществлялся эндоскопический гемостаз (ЭГ). Установлено, что дифференцированный подход к выбору метода ЭГ с учетом топической характеристики субстрата кровотечения в комплексе с антисекреторной и гемостатической фармакотерапией позволил добиться остановки ГДЯК у 153 (85,5%) больных. У 26

(14,5%) пациентов ЭГ был неэффективен и отмечался рецидив геморрагии. Общая госпитальная летальность составила 9,9% (умерли 48 больных).

Актуальность. В настоящее время лечебная эндоскопия и фармакотерапия составляют основу лечения острых гастродуоденальных язвенных кровотечений (ГДЯК). Эндоскопическое пособие позволяет провести диагностику, оценить риск развития рецидива кровотечения и осуществить гемостаз, который во многих случаях является окончательным, тогда как фармакотерапия направлена на образование и стабилизацию тромба в язве и ее лечение путем подавления секреции соляной кислоты. Однако остается много спорных вопросов в оценке эффективности эндоскопического и фармакологического гемостаза в лечении больных с ГДЯК.

Цель работы: оптимизация применения методов эндоскопического и фармакологического гемостаза в лечении больных с ГДЯК.

Материал и методы. Ретроспективный клинический анализ включает 486 больных с ГДЯК, находившихся на лечении в хирургическом отделении РНЦЭМП Андижанского филиала. Среди них было 312 (64,2%) мужчин и 174 (35,8%) женщины. У 252 (51,8%) больного кровоточащая язва локализовалась в желудке и у 234 (48,1%) – в двенадцатиперстной кишке. У 119 (24,5%) больных отмечена кровопотеря I степени, у 176 (36,2 %) – II степени и у 191 (39,3%) – III степени. Пациенты в полном объеме получали комплексную интенсивную терапию, включая внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (омепразол, пантопразол, эзомепразол) и медикаментозную гемостатическую терапию (аминометилбензойная кислота – амбен, динатон). При экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) у 147 (30,2%) пациентов установлено наличие признаков активно продолжающегося кровотечения (тип Forrest I) и у 339 (69,7%) – состоявшегося кровотечения (тип Forrest II). У 22 (4,5%) больных из-за продолжающегося кровотечения и тампонады полости желудка гигантскими сгустками ЭФГДС оказалась неинформативной. Все данные пациенты были оперированы в экстренном порядке в ближайшие сроки от момента госпитализации. У 179 (36,8%) больных в процессе лечения осуществлялся ЭГ. У 125 больных целью ЭГ являлась остановка продолжающейся геморрагии (Forrest I). У 54 пациентов осуществлялся превентивный ЭГ с целью обеспечения устойчивого гемостаза (Forrest II). У данных больных использовали различные методы ЭГ (инфильтрационный гемостаз, диатермокоагуляцию в моно- и биполярном режимах, аргоно-плазменную коагуляцию, клипирование, орошение язвенной поверхности денатурирующими агентами). У 124 (69,3%) пациентов применялся комбинированный ЭГ: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо аргоно-плазменная коагуляция) или клипирование. При этом осуществляли дифференцированный подход к выбору метода ЭГ с учетом характеристики морфологических изменений периульцерозной зоны, локализации язвы и интенсивности кровотечения.

Результаты. Основным фактором, определяющим выбор метода ЭГ у больных с ОГДЯК, являлся морфологический субстрат геморрагии. Так, у пациентов с каллезными язвами использовали исключительно коагуляционные методы ЭГ (диатермокоагуляцию и аргоно-плазменную коагуляцию), что было связано со сложностью инъекций растворов в плотные рубцовые ткани краев язвы. При менее выраженном рубцовом процессе в периульцерозной зоне (хронические язвы), а также при его отсутствии (острые язвы и НПВП-индуцированные язвы) предпочтение отдавали инъекционному методу ЭГ (особенно при кровотечениях Forrest Ia). При продолжающемся струйном кровотечении возможность быстрого достижения гемостаза за счет компрессии кровоточащего сосуда перифокальным инфильтратом определяло приоритет применения инъекционного способа ЭГ или его комбинации с клипированием. У больных с хроническими, острыми и НПВП-индуцированными язвами при кровоте- 31 чениях Forrest Ib чаще всего прибегали к комбинированным методам ЭГ (инъекционный + коагуляционный способы). С целью усиления топического

гемостатического эффекта и ускорения репарации тканей в зоне язвенного дефекта при проведении инфильтрационного ЭГ у этих больных помимо стандартных сосудосуживающих средств применяли инъекции обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (Platelet Rich Plasma) в ткани периульцерозной зоны (PRP-технология). При высоком риске рецидива геморрагии из язвы задне-медиальной стенки луковицы двенадцатиперстной кишки или ее постбульбарного отдела использовали лишь коагуляционные методы ЭГ, так как в этих случаях инъекционный гемостаз, усиливая степень ишемии кишки, нередко приводит к формированию ишемического некроза кишечной стенки. Из 179 пациентов с ОГДЯК, которым осуществлялся ЭГ и проводилась комплексная антисекреторная и гемостатическая фармакотерапия, у 153 (85,5%) удалось добиться остановки кровотечения. При этом у 130 (72,6%) больных получен стойкий гемостаз после одномоментной эндоскопической обработки кровоточащей язвы. У 23 (12,8%) пациентов в связи с неустойчивым гемостазом (Forrest IIa-IIb) или возобновлением кровотечения (Forrest Ib,) производился повторный ЭГ. В последующем все данные пациенты продолжали лечиться консервативно. У 26 (14,5%) пациентов ЭГ был неэффективен (при кровотечениях Forrest I – у 18 больных, Forrest II – у 8 больных) и в сроки от 12 до 48 часов после его выполнения отмечался рецидив геморрагии. Из их числа у 21 пациента было выполнено срочное оперативное вмешательство. При этом за счет ЭГ, имевшего временный характер, у больных удалось провести полноценную предоперационную подготовку, что в значительной мере снизило риск хирургического вмешательства. 5 пациентов умерли без операции на фоне массивной кровопотери и декомпенсации сопутствующей патологии. В целом из 486 больных с ГДЯК были оперированы 43 (8,8%) пациента. Из их числа умерли 8 пациентов (послеоперационная летальность – 18,6%). Общая госпитальная летальность составила 9,9% (умерли 48 больных).

Выводы

1. У больных с ГДЯК наиболее оптимальным является дифференцированный подход к выбору метода ЭГ с учетом характера морфологических изменений периульцерозной зоны, локализации язвы и интенсивности кровотечения. При этом применение индивидуализированного подхода к выбору методов ЭГ в комплексе с современными антисекреторными (пантопразол, эзомепразол) и гемостатическими средствами (амбен, динатон) позволяет в 85,5% случаях добиться остановки кровотечения.

2. При верификации высокого риска рецидива ГДЯК, исходя из имеющихся морфологических изменений тканей в зоне язвы, окончательная остановка геморрагии путем применения любого метода ЭГ невозможна, что диктует необходимость проведения срочного оперативного вмешательства.

ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х.,
Касимов Н.А., Яхёев С.М.*

*Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи*

Работа посвящена проблеме своевременной диагностики кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Анализируются факторы, влияющие на проведение ургентной фиброгастроуденоскопии 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 urgentных эндоскопических исследований у больных с кровотечениями и проанализировать факторы, влияющие на качество и своевременность установления диагноза.

Материалы и методы. Материалом исследования стали результаты urgentных фиброгастродуоденоскопий 608 пациентов. 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. Данная цифра отчасти показывает пример нерационального расходования ресурса дорогостоящей аппаратуры. Возможным путём уменьшения количества подобных исследований является тщательный сбор анамнеза, использование диагностических алгоритмов, построенных по принципу «от простого к сложному». В то же время, стремление снизить число ФГДС по поводу псевдокровотечений до нуля также было бы ошибкой, так как оно неизбежно приводит к пропуску пациентов с реально имевшим место кровотечением. 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 врач-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, врач-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 отсеивании 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 ургентной 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 «желудочнокишечное кровотечение» признаков кровотечения не обнаруживается, что свидетельствует о несовершенстве системы установления показаний к ургентной фиброгастродуоденоскопии.

2. Перед ургентной фиброгастродуоденоскопией пациент нуждается в подготовке в виде постановки желудочного зонда, тщательного объяснения характера, особенностей, необходимости предстоящей процедуры.

3. Врач-эндоскопист должен быть ориентирован на активный целенаправленный поиск источника кровотечения даже в неблагоприятных условиях, типичных для ургентной фиброгастродуоденоскопии.

ПОКАЗАТЕЛИ КАРТИНЫ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА И ВИДЕООТОЭНДОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Каримова З.Х., Косимов К.К.

Дети с синдромом Дауна подвержены более высокому риску потери слуха по сравнению их обычно развивающимся сверстниками. Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность снижения слуха у детей от средней до глубокой степени, включая сенсоневральную тугоухость и кондуктивное снижение слуха, составляет до 6:1000, при этом 10% детей имеют глубокую степень тугоухости. По литературным данным 1,4 на 1000 новорожденных и 5 на 1000 детей в возрасте от 3 до 7 лет имеют потерю слуха (Центры по контролю и профилактике заболеваний, национальный центр по врожденным дефектам и порокам развития, отделение врожденных дефектов и пороков развития 2013г).

Согласно многочисленным исследованиям, до 80% детей могут иметь кондуктивную потерю слуха, вызванную в основном анатомическими особенностями слуховой трубы. У них наблюдаются узкие носовые ходы, маленький рот, девиация языка. В основе патогенеза кондуктивной тугоухости лежат особенности анатомии и физиологии челюстно-лицевого скелета, носоглотки. Так, горизонтальное расположение евстахиевой трубы в комбинации с мышечной гипотонией, имеющей место при СД вызывают частые заболевания среднего уха, в частности экссудативного среднего отита (ЭСО) и это может привести к тугоухости.

Своевременная ранняя диагностика и выявление, лечение и коррекция предупреждает осложнённые формы патологии уха и прогрессирование тугоухости.

Материалы и методы исследования Обследованию подлежали 68 детей с подтвержденным синдромом Дауна, находящиеся на учете в неврологическом диспансере, а также в отделениях неврологии Андижанского областного многопрофильного детского центра. При этом возраст детей составил т: 0-1год 9 детей (6 мальчика и 3 девочки), 1-3год 31 детей (19 мальчиков и 12 девочек), 3-5 лет 13 детей (8 мальчиков и 5 девочек), 5-7лет 10 детей (4 мальчиков и 6 девочек), 7-10 лет 3 детей (2 мальчиков и 1 девочка), 10< лет 2 детей (1 мальчик и 1 девочка).

На первом этапе всем был проведен таргетный слуховой скрининг. Всем пациентам проводилась комплексная объективная диагностика слуха и оценка состояния наружного и среднего уха по данным видеооттоэндоскопии.

Результаты: Из 68 детей с СД ЗВОАЭ показали результат «refer», т.е. ответ «не прошел» был зарегистрирован у 31 детей, что указывало на наличие слуховой дисфункции в сравнении с контрольной группой. Отсутствие регистрации ЗВОАЭ при этом с двух сторон наблюдалось у 13 детей (32,3%), и одностороннее у 18 детей (67,6%). При клиническом обследовании выявлено наличие нарушений носового дыхания у 18 человек (51,4%), тогда как результаты отоскопии были билатерально нормальными в 13 случаях (34,3%). Поведенческая тональная аудиометрия дала достоверные результаты у 10 детей (28,6%), Тональная аудиометрия, которую можно применять во всех случаях только после 8 лет, выявила кондуктивную тугоухость в 7 случаях (20,0%). Импедансные тесты, полезность которых ограничена высокой частотой стеноза наружного слухового прохода, показали двусторонние тимпанограммы типа А только в 8 случаях (28,6%). Стапедиальные рефлексы часто отсутствовали даже при наличии тимпанограммы типа А. Этот факт можно объяснить несостоятельностью тубарных мышц или наличием аномалий косточек.

Видеооттоэндоскопия показала информативность с учетом особенностей этих детей и широкими возможностями визуализации. Так, у 26 (52 %) детей в силу узости слухового прохода, когда классическая отоскопия не давала обзора, были выявлены те или иные изменения: резкая втянутость барабанной перепонки у 18(36 %) детей, соответственно укорочение светового рефлекса было отмечено у 24 (48%) детей. Рубцовые изменения, как следствие перенесённых ЭСО были обнаружены визуализацией у 8 (16%) детей. У 6(12 %) детей было достаточно хорошо обозрима полость среднего уха с наличием выпота, утолщением, и в 4% случаях с визуализацией уровня жидкости, что указывало на ЭСО, требующий немедленного шунтирования барабанной полости.

Таким образом, объективные методы диагностики слуха, а также объективизации наружного и среднего уха, подтверждают подверженность детей с синдромом Дауна слуховой дисфункции с доминированием кондуктивного типа, где в патогенезе лежат анатомо-физиологические особенности развития уха и носоглотки.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ.

Каримова М.Х., Закирходжаева М.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
микрохирургии глаза.*

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ)- составляет от 72,3% до 96,1% всех видов глауком и относится к группе заболеваний с наследственной предрасположенностью.

На долю глаукомы приходится более 5 млн. незрячих во всем мире. По данным различных авторов, 67-105 млн. человек больны глаукомой, и по прогнозам ВОЗ к 2030 году их число возрастет вдвое. Весьма актуальной проблемой современной офтальмологии является разработка методов ранней диагностики глаукомы, а также анализ ее генетической обусловленности.

Установлено, что глаукома в 21-50% случаев генетически обусловлена, риск развития заболевания среди потомков больных глаукомой в десять раз выше, чем средне популяционный.

Имеются данные о наличии специфических генов, ассоциированных с глаукомой. расположен на длинном плече 1-ой хромосомы (локус 1q24.3-q25.2). Ген OPTN локализован в 10 хромосоме на коротком плече (локус 10p13) [9] Ген состоит из трех экзонов некодирующих и 13 кодирующих экзонов, который производит 577-аминокислоты белка. Optineurin был обнаружен в трабекулярной сети, непигментированных реснитчатого эпителия сетчатки, и многочисленные поocular тканей. Optineurin (OPTN) является вторым геном, обнаруженным в котором вариации связаны с аутомно - доминантной формой первичной открытоугольной глаукомы. Эта форма глаукомы проявляется в молодом возрасте и часто ассоциируется с норматензивной формой ПОУГ. Многие исследователи изучали распространенность мутаций гена optineurin в популяциях глаукомы. Для каждой популяции характерная разная чистота встречаемости гена. В централизованном исследовании мутация E50K в 4-м экзоне гена OPTN, обнаруженная в США и Англии, не характерна для больных ПОУГ в Санкт-Петербурге. Также проведено исследование мутации E50K (с. 458G>A) в гене OPTN, которая была обнаружена Т. Rezaie et al. в 2002 г. у 13,5% больных глаукомой, из которых 81,6% страдали глаукомой нормального давления.

Как видно, в литературе накоплены данные об исследованиях, посвященных анализу особенностей первичной открытоугольной глаукомы в разных популяциях, однако особенности данного заболевания с учетом молекулярно-генетических особенностей узбекской популяции, не были изучены. В Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре микрохирургии глаза в настоящее время ведутся научно-исследовательские работы по изучению частоты встречаемости и вклада мутантных вариантов генов миоцилина и оптинейрина в механизм развития основных факторов риска возникновения ПОУГ, результаты которых будут опубликованы в наших последующих работах.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Каримова О. А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) является основной причиной заболеваемости и смертности. Ежегодная глобальная заболеваемость составляет от 150 до 156 миллионов случаев, что составляет примерно 10-20 миллионов госпитализаций. Острые пневмоний у детей раннего возраста остаются существенной причиной заболеваемости и смертности, несмотря на внедрение в практику сильно действующих антибактериальных препаратов широкого спектра действия, наличие комплексных режимов поддерживающего лечения и проведение профилактических мероприятий

Цель исследования: Целью настоящего исследования было определение уровня гемоглобина в плазме крови у детей младшего возраста (до 3-х лет) с внебольничной пневмонией (ВП), находящихся на лечении в условиях стационара, и ее роль в течение болезни.

Методы: данное проспективное исследование проводилось на отделение педиатрии многопрофильной детской больницы Андижанской области, Узбекистан, с 1 октября 2021 года по 1 марта 2022 года.

Критерии включения: дети в возрасте до 3-х лет, все пациенты с симптомами и признаками, указывающими на пневмонию при поступлении, включая лихорадку ($>38,4^{\circ}\text{C}$ в подмышечной впадине), кашель и патологические звуки дыхания при аускультации.

Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS (версия 23.0). Данные нормального распределения выражали как среднее значение \pm стандартное отклонение (mean SD). Для сравнения этих данных использовали T-критерий независимых выборок (independent samples T-test). Статистическая значимость была определена как $P < 0.05$.

Результаты. Госпитализировано 60 пациентов (дети до 3-х лет). Осложненная пневмония наблюдалась у 22 больных, у остальных заболевания протекала без осложнений. Средняя концентрация гемоглобина в плазме составила 79.10 г/л. Было всего 10 (16.7%) ребенка с тяжелой степенью анемии (≤ 70 г/л), средне-тяжелая определена у 41 детей (68.3%). Среднее стандартное отклонение для возраста пациентов составило 8-10 месяцев, осложнений наблюдался у 22 больных. Среднее стандартное отклонение уровня гемоглобина у пациентов с осложненной пневмонией составил 76.82 г/л, у больных без осложнений это равнялся на 80.42 г/л.

А также содержание гемоглобина по длительности госпитализации было считано. Мы подразделили пациентов на 2 группы: до 7 дней и больше этого в условиях стационара. Среднее содержание гемоглобина в первой группе составило 81.31 г/л, а на второй группе это составило 77.41 г/л (p value 0.059, 95% CI 11.665-11.832). А также мы подсчитали среднее (p) значение пациентов по нескольким параметрам, разделив их на 3 группы по степени анемии (легкая, средне-тяжелая и тяжелая), используя «one way anova test». Возраст, дни госпитализации и содержание глюкозы не показало действующее значение на состояние гемоглобина.

Заключение. Содержание гемоглобина не является значимым триггером для детей младшего возраста на течение внебольничной пневмонии. Степень тяжести не было значимо связаны с изменением уровня гемоглобина. А также состояние анемии тоже не сильно изменило ход болезни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА.

*Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Коробоев Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования: оценить токсичность нового отечественного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования проведены на 138 белых половозрелых беспородных крысах первого года жизни массой 190 – 300 г и 5 белых кроликах-альбиносах обоего пола, различной массы тела. Для определения параметров острой и хронической токсичности использованы методики и критерии ISSN 2011. После последнего введения водной суспензии препарата (растворенный в физиологическом растворе сорбент) у всех групп животных из хвостовой вены была взята кровь для

развернутого анализа гематологических показателей. Затем под общим обезболиванием забирали кровь для развернутых биохимических исследований у животных из полости сердца путем прокола кожи в проекции сердца. В последующем извлекали внутренние органы для морфологических исследований. Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей (ETS N 123), Страсбург, 18.03.1986 г. Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, частота сердечных сокращений, по содержанию общего белка, альбумина, активности аспартат-аминотрансферазы (АСаТ) и аланинаминотрансферазы (АЛаТ), креатинина, щелочной фосфатазы, γ -гамма-глутамил-трансферазы, холестерина, общего билирубина и их фракций в сыворотке крови. Исследования физиологических и биохимических показателей проводили после завершения эксперимента. После окончания хронического эксперимента проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко.

Результаты исследования. Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. За время наблюдения в течение 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено. Животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Заключение. Проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических исследований позволяет сделать вывод о том, что предложенный отечественный вариант углеродного гемосорбента по параметрам острой токсичности при внутрибрюшинном воздействии относится к 4 классу – практически нетоксичное вещество. Исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови. Не обнаружено дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ПЛАЗМОСОРБЦИИ С УГЛЕРОДНЫМ
ГЕМОСОРБЕНТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В
ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев
Б.Б., Минаваров Н.Ю*

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества на основе специальных видов сырья и технологий, позволяющих улучшить качество удаления токсических метаболитов и снизить риск развития или прогрессирования полиорганной недостаточности.

Цель исследования: изучить эффективность ПС с углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением в эксперименте

Материалы и методы. Фундаментом данного исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС) с преимущественным содержанием нано- и мезопор в экспериментальных условиях. Экспериментальные исследования выполнены на беспородных собаках по применению нового угольного сорбента и выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике. Предварительная премедикация осуществлялась введением внутримышечно растворов 2% промедола (2-5мг/кг), димедрола (2мг/кг), седуксена (0,4 мг/кг). Базовый наркоз осуществляли ингаляционным антисептиком изофлюраном. Режим вентиляции: частота 24 в минуту, объем 300мл. После завершения операции животное переводилось в изолятор с последующим обезболиванием с использованием ненаркотических анальгетиков.

Результаты исследования. На 5 сутки после операции, в момент наивысших значений билирубина с нарастанием патологических метаболитов, свидетельствующих о признаках печеночной недостаточности проводили плазмосорбцию (ПС) с использованием нового угольного сорбента УНПГС. Проводили забор крови поэтапно по 200мл с замещением 200мл 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 50г на 200мл плазмы. В последующем плазма возвращалась в кровяное русло с предварительным забором 200мл крови для очередного сеанса ПС. Процедура ПС выполнялась за один сеанс 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 плазмосорбции через новый отечественный гемосорбент с включением в процесс детоксикации лазерного облучения позволяют рекомендовать применение разработанной методики в клинической практике, с дальнейшей оценкой качества экстракорпоральной детоксикации при комплексном лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи или другой этиологии в клинической фазе исследований.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Касимов Н.А., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш.,
Мансуров Ш.Ш., Жураев Г.Г
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является наиболее простым, информативным и неинвазивным методом исследования, позволяющим определить размеры и объем долей, оценить трехмерную структуру органа, выявить узловые образования щитовидной железы (ЩЖ), создает возможность для выполнения прицельной пункции и топографического картирования узловых образований.

Материалы и методы исследования. УЗИ ЩЖ в предоперационном периоде было выполнено 75 пациентам. Исследование выполнялось на базе отделения

функциональной диагностики клиники АГМИ (на аппаратах экспертного класса SIEMENS S6 (КИТАЙ) мультчастотными датчиками 5-12 мГц с использованием различных режимов сканирования, включая, при необходимости, цветное доплеровское исследование. УЗИ ЩЖ проводилось по общепринятой методике и включало: оценку положения, формы, контуров, размеров и структуры ЩЖ, характера васкуляризации, анатомо-топографических соотношений железы с соседними органами. При наличии дополнительных образований (узлов) изучались их количество, контуры, эхогенность и эхоструктура, распространение за капсулу железы. Для уточнения ультразвуковой семиотики узловых поражений ЩЖ оценивалась их эхогенность, эхоструктура, четкость контуров или ободка "хало". Степени изменения эхогенности и эхоструктуры соответствовали общепринятым стандартам, согласно которым узловое образование классифицировалось как "гипоэхогенное", "изоэхогенное" и "гиперэхогенное", а по эхоструктуре как "однородные" или "неоднородные". Если в узловых образованиях отсутствовали кисты, кальцификаты, участки сниженной или повышенной эхогенности, то они расценивались как "однородные"

Результаты и обсуждение. У 28 исследуемых больных с аденомой ЩЖ эхоструктура тиреоидной ткани была, одинаково часто, мелко-крупнозернистая, резко неоднородная. В ткани ЩЖ выявлялись очаговые изменения в виде гиповаскуляризации или смешанной васкуляризации, фиброза, образования узлов или кистозной дегенерации. На фоне таких изменений визуализировались пальпируемое или непальпируемое узловое или объемное образование. По эхоструктуре аденома была солидной или солидно-кистозной опухолью. Обычно небольшая аденома имела ровные контуры и четкие границы. Эхоструктура больших аденом крупнозернистая, неоднородная, смешанная (солидно-кистозная), гетерогенная. При УЗИ аденомы не всегда была выражена капсула, ровные контуры, ее четкие границы и феномен "ободка" вокруг опухоли. Поэтому наличие таких УЗ признаков не всегда свидетельствуют о доброкачественности опухолевого процесса. Но, почти всегда визуализировались упорядоченные отражения повышенной и пониженной эхогенности от макроструктуры узлового или многоузлового объемного образования, состоящего из нескольких, но не более трех, узлов различной эхогенности. Иногда в аденоме были видны высокой эхогенности скопления кальцинатов с "затуханием" УЗ волн, что затрудняет УЗ диагностику фолликулярной и узлового зоба. Наличие кальцинатов довольно типичный УЗ признак аденомы.

При УЗИ у 47 больных диффузно-узловым зобом установлено, что ЩЖ имела обычное расположение, наружная капсула ЩЖ сохранена, прерывистая. Отмечалась бугристость передних контуров пораженных боковых долей и перешейка, крупная зернистость за счет накопления коллоида в тиреоидных фолликулах и выраженная дольчатость железы с фиброзом междольковых перегородок. При диффузно-узловом зобе определялись диффузные изменения в виде смешанной васкуляризации или гиповаскуляризации и, как следствие нарушений микроциркуляции, - либо расширение тиреоидных фолликулов, либо кистозная дегенерация. В зобно-измененной ткани определялись диффузно - очаговые изменения паренхимы с образованием множественных узлов. При диффузно - узловом зобе, вследствие неравномерности гиперпластических процессов в тиреоидном эпителии накопления коллоида, могут быть также видны узлы и без капсулы. Кроме того, при диффузно - узловом зобе обнаруживались солитарные кисты, размером равным или более 15 мм в диаметре, в капсуле, содержащие коллоид, с феноменом "псевдоусиления" УЗ волн.

При узловых формах зоба обычно определялись солидное или смешанное узловое или объемное образование, состоящее из трех и более узлов. Контуры образования были неровными, границы - нечеткими. От его неоднородной эхоструктуры визуализировались упорядоченные или беспорядочные отражения различной и

пониженной эхогенности. Эхоструктура узлов при аденоматозе была более однородной, с упорядоченными отражениями пониженной эхогенности.

Заключение. Таким образом, УЗИ при заболеваниях ЩЖ является наиболее простым и информативным методом исследования, позволяющие определить ультразвуковые признаки узловых, многоузловых и кистозных образований ЩЖ, выявить их размеры, объем долей и количество узлов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

*Касимов Н.А., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Мансуров Ш.Ш., Минаваров Н.Ю
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Несмотря на накопленный опыт хирургии ЩЖ, профилактика интра- и послеоперационных осложнений еще остается не до конца решенной проблемой.

Интра- и послеоперационные осложнения при хирургическом лечении заболеваний ЩЖ, даже в специализированных стационарах, колеблются от 3 до 20%.

Представляется актуальным дальнейший поиск и разработка путей улучшения результатов хирургического лечения заболеваний ЩЖ.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Обследованы 139 больных с заболеваниями ЩЖ, находившихся на стационарном лечении с 2017 по 2022г.г. в хирургических клиниках АГМИ. В комплексное обследование пациентов входило анализ жалоб, физикальный осмотр, лабораторные, гормональные и инструментальные методы исследования: УЗИ и КТ ЩЖ. ЭКГ, рентгенологическое исследование.

Результаты и обсуждения. Для оценки результатов хирургического лечения заболеваний ЩЖ пациенты были разделены на две группы. В I основную группу, вошли 71 больной, пролеченных в период с 2019 по 2021г. с применением современных подходов к диагностике и предоперационному и послеоперационному ведению.

Во II контрольную группу включены 68 больных, находившихся под наблюдением в период с 2017 по 2019 гг, которым выполняли традиционные методы предоперационной подготовки и хирургические вмешательства.

В обеих группах преимущественно составили женщины (80,3 % и 80,9%), мужчин было (19,7 и 19,1%). Длительность заболевания до операции варьировала от 1года до 12 лет.

В I и II группе выполнены следующие виды операции: субтотальная резекция доли (19 и 17) больным, у (12 и 8) гемитиреоидэктомия, у (10 и 4) субтотальная резекция щитовидной железы (10 и 28) и у (30 и 11) тиреоидэктомии.

Предоперационная подготовка имеет основное и существенное значение для успешного хирургического лечения больных с заболеванием ЩЖ. Правильно и систематизировано проведенная подготовка больного к операции резко уменьшает послеоперационные осложнения.

Мы предусматривали в период предоперационной подготовки в основной группе: достижение эутиреоидного состояния; нормализацию кальциевого и углеводного обмена; показателей функции внутренних органов; включение йодистых препаратов в предоперационную подготовку.

Больные консультировались с эндокринологом, терапевтом, кардиологом и невропатологом.

Предоперационная подготовка требовало комплексной подготовки, которая включало: снятие тиреотоксикоза и нормализацию гормонального фона; сердечного

ритма и других показателей деятельности сердечно-сосудистой системы; восстановление функции печени, поджелудочной железы; нервной системы. Назнали 10-15 дневный курс подготовки раствором «Люголя» до дня операции.

Программа предоперационной подготовки обычно включала 7-10 сеансов инфузионной терапии, состоявшей из 400 мл 0,9% хлорида натрия, 400 мл 5% раствора глюкозы с 4 ЕД инсулина, коргликона и витаминов С, В1, В12, 10-15 мг преднизолона, с учетом гормональных изменений использовали также препараты йода - раствор Люголя и монотерапию мерказолилом, начиная с максимальных доз 40 мг/сут.

При подготовке больных к операции использовали препараты йода, которые снижают биосинтез тиреоидных гормонов, чувствительность железы к влиянию ТТГ, а также уменьшают кровоточивость ткани щитовидной железы во время операции. Традиционно за 2-3 нед до операции назначали раствор Люголя или раствор калия йодида.

Комплексная терапия при угрозе тиреотоксического криза, как правило, включало ряд препаратов: глюкокортикоиды, монотерапию мерказолилом, бета-адреноблокаторы, седативная терапия, сердечные гликозиды.

Осложнения, непосредственно связанные с хирургическим вмешательством, наблюдались у 13 (9,4%) пациентов. Из них следует отметить, кровотечения у 1 (0,7%) пациента односторонний парез возвратного гортанного нерва с временным нарушением фонации - у 1 (0,7%) пациентов; транзиторный гипопаратиреоз - у 5 (3,6%) пациентов; воспалительные реакции со стороны послеоперационной раны - у 6 (4,3%) пациентов, летальных исходов не было.

Следовательно наиболее чаще осложнения в ближайшей послеоперационном периоде наблюдались во II группе у 11(16,2%), а в I группе у 2(4,2%).

Заключение. Таким образом, своевременная комплексная диагностика с гормональными исследованиями, с помощью которых оценивалось функциональное состояние ЩЖ, а также тщательная индивидуальная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение позволили сократить ранние послеоперационные осложнения с 16,2% до 4,2%.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА

*Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.,
Миनावаров Н.Ю.*

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики, гистологические и морфологические результаты использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования: оценить результаты макроскопических и микроскопических морфологических исследований при внутрибрюшинном введении углеродного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования многократного внутрибрюшинного действия углеродного гемосорбента проводились на 24 белых крысах с массой тела 250-300 грамм в течение 7 дней. На основании этого срока хронического эксперимента составил семь дней в соответствии с международными требованиями по оценке токсичности медицинских препаратов (2013г). Исследуемое вещество вводили внутрибрюшинно 3-м группам опытных белых крыс. 4 группа служила контролем. Введение исследуемого вещества осуществлялось в следующих дозах:

- 1-я группа (300 мг/кг);
- 2-я группа (150 мг/кг);
- 3-я группа (50 мг/кг);
- 4-я группа (1% крахмальная слизь из расчета 1 мл на 100 г. массы тела).

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. После окончания хронического эксперимента часть животных опытной и контрольной групп забивалась путем декапитации под легким эфирным наркозом и проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко. Материал фиксировали в 12% формалине с последующей, стандартной проводкой по спиртам восходящей концентрацией и заливкой парафином. Срезы из органов толщиной 6-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации и гибели животных не выявлено. На коже местные изменения не обнаружены, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, активны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм поедали охотно, адекватно реагировали на внешние раздражители. В заключение следует отметить, что дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами не обнаружено. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

Заключение. Таким образом, на основании гистоморфологического исследования органов и тканей, контрольных и опытных животных можно сделать заключение о том, что при длительном многократном внутрибрюшинном воздействии углеродного гемосорбента не вызывает патологических изменений в организме. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови.

ВЫБОР ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Кодиров М.Ш., Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н
Андижанский государственный медицинский институт*

Материал и методы исследования. В работе анализируются результаты обследования и оперативного лечения 85 больных острым холециститом, осложненным механической желтухой в клинике с 2017 по 2022 год. Женщин -62, мужчин -23. В среднем возраст 5 года.

Изменения в гепатикохоледоха у 66 больных (72,9%) были представлены холедохолитиазом, причем в 10 случаях он сочетался со стенозом терминального отделом холедоха. В остальных наблюдениях причиной нарушенного оттока желчи в двенадцатиперстную кишку послужил изолированный папиллостеноз -7 (8,2%). У всех больных изменения желчных

протоков обуславливали развитие механической желтухи, которая у 9 больных осложнилась холангитом. Длительность желтухи составляла от нескольких часов до 3

недель. Тяжелое состояние 56 больных усугублялось наличием сопутствующих, часто декомпенсированных терапевтических заболеваний, которые у 1/3 пациентов приобретали характер конкурентных.

Тактику лечения определяли с учетом тяжести состояния больных, выраженности клинических проявлений острого холецистита и его осложнений, данных дооперационного обследования желчевыводящих путей. Это позволило судить о характере изменений в гепатикохоledохе и ставить показания к проведению срочного декомпрессивного вмешательства или радикальной хирургической операции. При высоком риске оперативного вмешательства, обусловленном преклонным возрастом, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний и интоксикацией, развившейся на фоне обструкции и инфицирования желчных путей, ставили показания к эндоскопическому ретроградному контрастированию желчных протоков (ЭРХПГ) для решения декомпрессии желчных путей.

Показанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) считали холедохолитиаз с папиллостенозом или без него и изолированный стеноз терминального отдела общего желчного протока, вызвавшие развитие механической желтухи и холангита. ЭПСТ произвели всем больным традиционным канюляционным способом с помощью папиллотомы Делминга.

Протяженность разреза занимала всю длину продольной складки от 1,5 до 2,5 см, что обеспечивало широкое раскрытие дистального отдела общего желчного протока. Мелкие и средние конкременты отходили, как правило, самостоятельно, а большие удаляли с помощью корзинки Дормина.

ЭПСТ была использована как первый этап оперативного вмешательства 65 больным (76,4%) после купирования приступа острого холецистита.

После ЭПСТ тактика в отношении конкрементов гепатикохоledоха, характеризовалась определенными особенностями. Ввиду исходно тяжелого состояния больных на первом этапе лечения основной задачей

эндоскопической операции считали ликвидацию гнойного холангита путем декомпрессии и восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. С помощью ЭПСТ холедохолитиаз был устранен у 72 пациентов. У 4 больных крупные конкременты гепатикохоledоха извлечь не удалось. Они были удалены во время последующей холецистэктомии и холедохолитотомии.

В результате ЭПСТ у всех больных с сужением терминального отдела общего желчного протока папиллостеноз был устранен. Последнее обстоятельство позволило всем оперированным в последующем выполнить холецистэктомию не прибегая к трансдуоденальной папиллосфинктеротомии или холедоходуоденостомии.

Хирургические операции без предварительных декомпрессивных вмешательств на желчных путях было произведено 4 больным. Оперативные вмешательства на высоте острого холецистита и его осложнений считали вынужденными, и выполняли их по экстренным и срочным показаниям на фоне механической желтухи и холангита.

Вывод: Таким образом, двухэтапное лечение (эндоскопическая декомпрессия и оперативное вмешательство) больных острым холециститом, осложненным механической желтухой, позволяет уменьшить объем хирургического вмешательства, особенно при высоком его риске

ПРИВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ К КОНВЕРСИИ ПРИ
ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКРПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ

*Кодиров М.Ш., Кодиров Ш.Н. Усмонов Х.К., Йулдошев А.А
Андижанский Государственный медицинский*

Актуальности. В последние годы применение малоинвазивной технологии в хирургии неоспоримым преимуществам альтернативным методом лечения больных калькулезным холециститом. В развитых странах мира удельный вес лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) составляет почти 97% от всех холецистэктомий. В месте с тем ее выполнение в 1,0-9,1% случаев сопряжено с большими техническими трудностями, что может стать причиной серьезных ошибок, осложнений и перехода и перехода конверсионным методом холецистэктомиию.

Целью работы явилось изучение причин конверсии при ЛХЭ для ее дооперационного прогнозирования.

Материал и методы. В последние 10 лет выполнены различные лапароскопические вмешательства у 2093 больных в возрасте от 17 до 84 лет, из них: холецистэктомия- 1071, женщин было 876 (82%), мужчин 195 (18%). хронический калькулезный холецистит диагностирован 864 больных, острый- у 186, полипоз желчного пузыря - у 11, острый безкаменный холецистит- у 6, хронической безкаменной холецистит - у 4.

Предоперационное обследования больных проводили в соответствии с общепринятыми стандартами.

Предоперационная подготовка соответствовало состояние больных и сопутствующие патологии. Операция выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Использовали стандартные наборы для ЛХЭ фирмы Karl Storz. Троякары в брюшную стенку вводили через стандартные точки Реддика-Ольсена.

Результаты. Конверсия осуществлена 68(%) пациентов, из них: выраженный воспалительно-инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве наблюдался у 39, сморщенный желчный пузырь - у 6, кровотечение - у 4, ятрогенное повреждение холедоха - у 5, парапузырный абсцесс - у 9, ограниченный местные перитонит - у 3, разлитой перитонит - у 2 больных. Чаше всего (у больного) значительные трудности при выполнении ЛХЭ представляют воспалительный инфильтрат в области ворот печени, желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, в который вовлечены большой сальник, желудок, двенадцатиперстная и поперечная ободочная кишка.

Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» холецистэктомиию можно на основании алгоритма дооперационных признаков; наличие признаков перитонита, пальпируемый болезненный пузырь, высокий лейкоцитоз и повышение СОЭ, длительной анамнез последний приступа, ультразвуковые изменение стенки ЖП и гепатопанкреатодуоденальной зоны, эффективность консервативного лечения, наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. ЛХЭ противопоказана при обтурационной желтухе, индуративном и псевдотуморозном панкреатите, холангите, флегмонозно-гангренозном холецистите с перитонитом, пероевезикальном инфильтрате, выраженном спаечном процессе в верхней половине живота.

Вывод: Таким образом, конверсия при ЛХЭ является вынужденной мерой во избежат тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» холецистэктомиию можно на основании ряда клинических признаков результатов дооперационного УЗИ и при строгом соблюдении противопоказаний к выполнению ЛХЭ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХИХ ПЯТЕН КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ВИЧ В
ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

*Б.Б.Кораяев, М.Х.Зайнигабдинова, М.А.Алимов, Г.М.Ходжиматова,
А.М.Каюмов, М.М.Юнусов
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,
Андижон давлат тиббиёт институти*

Несмотря на огромные усилия, использующиеся в борьбе с ВИЧ, эпидемия продолжает развиваться и количество ВИЧ-инфицированных устойчиво возрастает. По литературным данным, в случае отсутствия любых действий по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку, к концу грудного вскармливания заражается около 40% детей. В случае использования необходимых процедур (курс АРВ-терапии перед предполагаемыми родами, проведение кесарева сечения и исключение грудного вскармливания) вероятность заражения удаётся снизить до 2%. Однако в любом случае в первый год жизни ребенка необходимо установить произошло ли инфицирование. Наиболее широко используемым и надёжным методом в данном случае является метод ПЦР для обнаружения ДНК ВИЧ в крови. В настоящее время во многих развитых и развивающихся странах для анализа ДНК ВИЧ используется не цельная кровь, а сухие пятна крови. Сухие пятна крови как клинический материал имеют целый ряд преимуществ перед цельной кровью. Во-первых, для анализа требуется всего несколько сотен микролитров крови, что очень важно при заборе крови не только у новорожденного, но и грудных детей. Высушенные пятна крови, образцы которых проще хранить и транспортировать, удобны в использовании в тех районах, где отсутствует возможность проведение анализа непосредственно после забора клинического материала. Наша лаборатория уже имеет такой опыт, который показал приемлемость метода выделения из сухой капли крови с последующей детекцией ДНК ВИЧ в режиме «реального времени» ПЦР. Материалом исследований послужила цельная кровь новорожденных, родившихся путём кесарева сечения от ВИЧ-инфицированных матерей. (беременные принимали АРВ препараты до самих родов). Венозная кровь была отобрана в вакутайнеры с ЭДТА в объёме 2 мл (для сравнения в виде контроля) и на фильтровальную бумагу в объёме 50 мкл. Сухая капля после высушивания (от 3- до 12 часов) была использована для выделения нуклеиновых кислот. Для выделения нуклеиновых кислот использован набор производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора «РИБО-ПРЕП», для проведения амплификации с последующей детекцией в режиме «реального времени» - производства ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора «Амплисенс ДНК-ВИЧ-FRT». Также для контроля качества проведённых исследований была использована панель, разработанная НИИ Вирусологии Республики Узбекистан.

Выделение нуклеиновых кислот проводилось ручным способом. Сравнительная оценка была проведена путём различий в пороговых циклах для образцов сухих капель и цельной крови (среднее пороговое значение на 1 цикл больше, чем у образцов, выделенных из цельной крови). Это показывает, что эффективность выделения из цельной крови примерно в два раза лучше по сравнению с эффективностью выделения и сухих пятен крови. В ходе исследований результаты всех клинических образцов совпали (цельной крови и сухих пятен были отрицательными). По данным российских учёных ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, для подтверждения приемственности внедрения метода в практику, было проведено аналогичное исследование, метод имел 100% -ную диагностическую чувствительность именно на реагентах ПЦР ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора «РИБО-ПРЕП» и «Амплисенс ДНК-ВИЧ-FRT», которые в дальнейшем применили и мы (Сборник научных трудов VII-

всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 2010).

**ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО
ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННЫХ
КОСТЕЙ В АНДИЖАНСКОМ
ОБЛАСТНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ**

*Косимхожиев М. И., Косимхожиева Ф. Т., Курбанова Д. И., Содикова Д. И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Доказано, что диафизарные переломы бедренных костей занимают одно из первых мест среди причин продолжительной временной нетрудоспособности и первичной инвалидности у больных после травм и заболеваний костно-мышечной системы. Частота и тяжесть данных переломов с каждым годом увеличиваются. Диафизарные переломы бедра являются частью множественной и сочетанной травмы и составляют, по разным данным, до 20% всех травматических повреждений. Длительная временная нетрудоспособность, инвалидность, огромные материальные затраты на лечение — вот только некоторые аспекты целого комплекса проблем медико-социальной реабилитации таких больных. Современные тенденции лечения переломов костей бедра (а именно они и составляют подавляющее большинство переломов костей скелета) в первую очередь направлены на стабильную фиксацию костных отломков, минимизацию операционной травмы, сохранение первичной анатомии кости, сокращение сроков реабилитаций и временной нетрудоспособности. Одной из наиболее эффективных методик сегодня является блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (БИОС), который широко применяется в большинстве развитых стран при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

Цель исследования: усовершенствовать на основе изучения ближайших результатов лечения оценить эффективность применения закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у больных с диафизарными переломами бедренных костей

Материал и методы. Обследовано с 2019 года по август 2021 года в Андижанский областной многопрофильный медицинский центр успешно применяется БИОС длинных трубчатых костей продукцией фирмы ChM (Польша). Нами выполнено 35 операции в области бедренной кости. Изолированная травма бедра была у 15 (43%) пострадавших. Сроки выполнения операций колебались от 2 до 25 дней после травмы. Закрытым методом остеосинтез произведен 24 (68,5%) больным, обнажение места перелома потребовалось 11 (31,5%) пострадавшим в связи с поздним сроком после травмы и образованием фиброзной мозоли. Применяли монолитные гвозди с радиусом изгиба 1500 мм, диаметром 9, 10 и 11 мм, длиной 360, 380, 400 и 420 мм. Операции выполняли по стандартной методике антеградного остеосинтеза из разреза над верхушкой большого вертела, в большинстве случаев в положении больного на боку, под контролем электронно-оптического преобразователя. Для остеосинтеза применяли имплантаты ChM с оригинальным инструментарием. При сочетанной и множественной травме блокируемый остеосинтез бедренной кости выполнен у 7 (9,8%) больных в сроки от 7 до 12 дней после травмы. У больных с переломами шеечно - диафизарной области бедренной кости применен блокируемый остеосинтез реконструктивным гвоздем ChM (Польша).

Результаты. Установлено, что лечение диафизарных переломов бедренных костей в большинстве случаев не представляет столько проблем, сколько лечение

около- или внутрисуставных переломов. Тем не менее, если не устранить смещение отломков по длине, под углом (особенно открытым кнаружи), а также ротационные смещения периферических отломков, неблагоприятные последствия для функции конечности в целом очевидны. Хромота, контрактуры суставов, нейродистрофические расстройства, приводящие к нарушению статодинамической функции и болям, создают предпосылки к инвалидности пациентов.

Таким образом блокирующий остеосинтез является методом выбора при лечении нестабильных диафизарных переломов бедренных костей. Использование данной методики существенно облегчает лечение, позволяет восстановить оси и длину конечностей. Использование интрамедуллярных блокируемых стержней при лечении диафизарных переломов позволяет восстановить способность кости противостоять динамическим нагрузкам, минимизировать хирургическую травму во время операции, отказаться от дополнительной внешней фиксации, снизить число осложнений (как консолидации, так и раневых), активизировать пациента в ранние сроки, проводить реабилитационное лечение параллельно репаративной регенерации костной ткани, тем самым, сохранить функцию суставов конечности. Интрамедуллярное расположение имплантата является более безопасным в отношении развития инфекционных осложнений при наличии трофических изменений кожных покровов в зоне несращения, что имеет особое значение при локализации поражения в нижней трети голени.

Биомеханические свойства интрамедуллярной фиксации обеспечивают возможность скорейшего восстановления опороспособности конечности и возобновление функциональных нагрузок еще до появления рентгенологических признаков сращения.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОНАРТРОЗА

Косимхожиев М.И.

Андижанский государственный медицинский институт

В основу структурно-функциональных изменений рабочей классификации гонартроза заложена комплексная патология сустава, включающая не только патологию хрящевой и подлежащей костной ткани, но и состояние связочного аппарата.

В генезе гонартроза выделяются в зависимости от степени процесса следующие виды патологии:

1. Изменения связочного аппарата и неравномерность суставной щели, обуславливающие различные виды (антеромедиальной, постеролатеральной, мультинаправленной) нестабильности коленного сустава;
2. Изолированное поражение хрящевой ткани различной глубины и площади;
3. Сочетанное поражение хрящевой и костной ткани различной глубины и площади;
4. Сочетанное поражение хрящевой и костной ткани в сочетании с ремодуляцией (деформацией) сустава;
5. Разрушение суставных концов, порочное положение и резкое ограничение движений.

Важное значение в характеристике дислокационного синдрома имеет определение степени нестабильности коленного сустава. У наших больных варианты нестабильности проявлялись следующей различной клинической картиной.

При **компенсированной форме нестабильности** больные жалоб не предъявляют, и нестабильность проявляется лишь при пассивном патологическом смещении голени,

которое активно устраняется полностью. Периодически возникает синовит, который купируется самостоятельно.

При **субкомпенсированной форме нестабильности** больные предъявляют жалобы на неустойчивость в коленном суставе, главным образом, при повышенных нагрузках. Пассивное патологическое смещение голени активно устраняется не полностью. После длительной ходьбы появляется хромота. Выполнение специальных тестированных заданий (бег, прыжки) ограничено. Отмечается снижение выносливости и силы околоуставных мышц до 3-4 баллов. Бытовая активность не ограничена. Периодически возникает синовит, который самостоятельно не купируется.

При **декомпенсированной форме нестабильности** больные предъявляют жалобы на постоянные чувство неустойчивости в суставе даже при небольших физических нагрузках. Пассивное патологическое смещение голени активно не устраняется. Опороспособность конечности снижена. Имеет место постоянная хромота. Передвижение возможно в специальных фиксирующих сустав приспособлениях (ортезы, наколенник). Бег и прыжки невозможны или резко ограничены. Отмечается снижение выносливости и силы околоуставных мышц до 2 баллов. Выполнение бытовых нагрузок затруднено. Синовит возникает даже при небольших бытовых нагрузках и самостоятельно не купируется.

Отмечено, что нестабильность коленного сустава, наступившая вследствие травмы капсуло-связочного аппарата, была лишь у 18 (3,5%) больных. У большинства наших больных (96,5%) нестабильность развилась вследствие морфологических изменений в процессе прогрессирования гонартроза, выражающаяся в виде гипотрофии мышц, вторичным поражением связочного аппарата, неравномерности суставной щели. При этом в области сужения щели имеет место сближение точек прикрепления связочного аппарата и ослабление натяжения боковой связки. При прогрессировании процесса отмечается не только боковая, но и фронтальная нестабильность сустава.

Важное значение имеет определение степени сужения суставной щели, влияющее на ослабление связочного аппарата и развитие разной степени нестабильности.

Для объективизации данного положения сужение суставной щели определялось рентгенологически по изменению угла между проекциями внутрисуставной линии, соединяющей мыщелки бедра, и внутрисуставной линии между мыщелками большеберцовой кости.

По расположению линий можно ориентировочно определить степень поражения. Чем больше будет отклонение воображаемой внутрисуставной линии от горизонтальной, тем, по нашим данным, дегенеративный процесс на этом уровне будет более тяжелым.

Принимая во внимание, что при наличии контрактуры коленного сустава невозможно рентгенологически проекционно точно оценить сужение суставной щели и соответствующих углов, исследование проводилось при предварительном одномоментном устранении контрактуры на рентгеновском столе с временной фиксацией конечности в правильном положении.

Эмпирическим путем по рентгенологическим данным установили зависимость угловой деформации суставной поверхности от степени снижения высоты суставной щели и смещения эпифизов. Так, при начальных формах хондромалиции со снижением высоты суставной щели на 0,7-1,5 мм рентгенологически угловая деформация определяется в пределах 10 градусов. При прогрессирующем снижении суставной щели увеличивается угол между эпифизами бедренной и большеберцовой костями. Так, при снижении высоты суставной щели более, чем на 8 мм имеются первые клинические признаки ремодуляции коленного сустава.

Патологические изменения при гонартрозе, включающие, в частности, нестабильность и поражение суставных поверхностей, обуславливают развитие

структурно-функциональных нарушений, в которых в зависимости от выраженности процесса выделяем 3 степени.

Приведенные выше особенности патологического процесса легли в основу разработанной 3-х степенной рабочей классификация, позволяющую при предоперационном планировании определить оптимальную тактику лечения. При **1 степени** определяется снижение тонуса хрящевой ткани различной площади, т.е. начальные проявления хондропатии – показано консервативное лечение.

При **2-й степени** мы выделяем две группы (А и Б) в зависимости от особенности патологии и показаний к различным методам оперативного лечения. При **2А степени** имеет место поверхностное поражение хряща с признаками хондромалиции, рентгенологически отмечается сужение, неравномерность суставной щели. При этом, как показали наши наблюдения, показано оперативное лечение в виде дебриджемента методами аблации, коблации или систем Varp и Varp vue с воздействием на патологически измененный капсуло-связочный аппарат. При **2Б степени** имеет место локальное глубокое поражение хрящевой ткани, резкое сужение суставной щели, признаки ремодуляции, остеофиты, кисты в субхондральной зоне - показано оперативное лечение в виде различных видах хондропластики (туннелизация, абразивная, типично по Стедману и в нашей модификации). При **3-й степени** мы также выделяем две подгруппы (А и Б) в зависимости от клинико-рентгенологической картины и показаний к различным методам оперативного лечения. При **3А степени** определяется распространенное глубокое поражение хряща в сочетании с поражением субхондральной кости с вовлечением в процесс всей или значительной части суставной поверхности, с различной выраженности ремодуляцией. При **3Б степени** отмечается полное разрушение суставных поверхностей с резким ограничением движений, выраженной деформацией не только на уровне сустава, но и часто в метафизарной зоне. При всех формах 3-ей степени определяются выраженные структурно-функциональные изменения, при которых показано тотальное эндопротезирование коленного сустава стандартным методом (при гонартрозе 3А степени) или с использованием компьютерной навигации (при гонартрозе 3Б степени).

Изучение результатов оперативного лечения по предложенным методикам у 52 больных показали положительный результат более, чем в 97% случаев, что позволяет нам рекомендовать данную классификацию для использования в практической медицине.

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОМАЛЯЦИЕЙ

Косимхожиев М.И.

Андижанский государственный медицинский институт

В практике травматолога нередко встречаются так называемые псевдопереломы, являющиеся частым проявлением остеомалиции.

Псевдопереломы, или Зоны Лоозера – представляют собой зоны перестройки костной ткани и ее деминерализации, и при рентгеновском исследовании выглядят как узкие рентгенопроницаемые линии длиной от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, идущие обычно в направлении, перпендикулярном поверхности кости. Особенно часто они обнаруживаются в бедренных костях вблизи шейки бедра, в тазовых костях под лобковыми и подвздошными гребнями. В запущенных случаях встречается сочетание множественных, двусторонних, симметричных псевдопереломов, известное как «Milkman syndrome».

Псевдопереломы очень хорошо поддаются консервативному лечению препаратами витамина D. В течение нескольких месяцев терапии они быстро исчезают, как правило, без образования костной мозоли.

К сожалению, зачастую псевдопереломы не распознаются или принимаются за истинные переломы и пациенты не получают необходимого лечения, а во многих случаях им выполняются операции остеосинтеза или эндопротезирования, которых можно было бы избежать при своевременно начатом лечении.

Однако, при несвоевременной диагностике псевдопереломов и задержке в назначении лечения, они могут перейти в истинные переломы, что приведет к необходимости оперативного лечения и инвалидизации больных.

Остеомалация – недостаточность минерализации кости, увеличение общего объема остеоида с уменьшением фронта кальцификации и снижением скорости минерализации.

Среди метаболических болезней скелета синдром остеомалации занимает особое место, так как с одной стороны, сведения о его эпидемиологии, ультраструктурной морфологии и патогенезе на тканевом уровне носят отрывочный характер, а с другой – показано, что этот синдром не только широко распространен, но и играет существенную роль в возникновении низкоэнергетических переломов, то есть имеет важное социально-экономическое значение. Однако, в практическом здравоохранении пациентам при выявлении снижения костной плотности чаще всего ставится диагноз «остеопороз» и назначается остеотропная терапия, способная нанести вред пациенту.

В настоящее время данные о распространенности остеомалации весьма противоречивы, интерес к проблеме значительно снизился с конца прошлого века. Одна из причин отсутствия данных о заболеваемости связана с часто встречающейся в практической медицине тенденции объединять все случаи снижения костной плотности под термином «остеопороз». Хочется обратить внимание, что остеопороз и остеомалация не являются взаимоисключающими заболеваниями, могут протекать одновременно и изолированно друг от друга.

В большинстве случаев развитие остеомалации связано с дефицитом витамина D. Недостаточность витамина D, как определяемая уровнями 25(OH)D менее 30 нг/мл, имеет широкое распространение во всем мире. Например, распространенность уровней менее 30 нг/мл у женщин в постменопаузе составляет 50% в Узбекистане, 75% в США, 74–83,2% в России, 90% в Японии и Южной Корее.

В настоящее время недостаточность, а в большей степени дефицит 25(OH)D представляют собой пандемию, затрагивающую преобладающую часть общей популяции, включая детей и подростков, взрослых, беременных и кормящих женщин, женщин в менопаузе, пожилых людей.

Причинами развития ненаследственных остеомалаций могут быть:

- 1) Алиментарные (недостаточное поступление с пищей витамина D (преимущественно растительная пища));
- 2) Гастроинтестинальные (нарушение всасывания);
- 3) Печеночные (приводящие к нарушению метаболизма витамина D и образования 25(OH)D);
- 4) Почечные (нарушение образования 1,25(OH)D);
- 5) Опухолевые;
- 6) Недостаточная инсоляция.

Из симптомов остеомалации наиболее часто обнаруживаются боли в костях и слабость в мышцах. Нередко из анамнеза выясняется, что боли и слабость беспокоят много лет. Остеомалация может протекать бессимптомно и выявляться только при рентгенологическом исследовании.

Стандартом диагностики является гистологическое исследование биоптата из крыла подвздошной кости. Однако, из-за трудоемкости и малодоступности применение метода в клинической практике затруднено. К тому же, имеется возможность лабораторной диагностики, которая обладает высокой чувствительностью. «Классическими» биохимическими признаками остеомалации являются дефицит

витамина D (25(OH)D суммарный <30 нг/мл), гипокальциемия и (или) гипофосфатемия. Содержание Са в крови может быть и нормальным, гипофосфатемия встречается чаще. Активность щелочной фосфатазы, как правило, повышена – ее показатель может быть использован для скрининга остеопороза. Уровень Са в моче всегда снижен.

Для лечения остеопороза применяют препараты витамина D и его активных метаболитов в больших дозах. Лечение длительное и проводится, как правило, в течение всей жизни больного. Лечение препаратами активных метаболитов витамина D проводится под обязательным контролем биохимии крови. Их назначение обязательно дополняется препаратами кальция до 1,5 г в сутки.

Высокая частота субоптимальных уровней 25(OH)D у пожилых мужчин и женщин во всем мире поднимает вопросы возможности предотвращения многих случаев падений и переломов с помощью насыщения витамином D.

На сегодняшний день наиболее существенна своевременная диагностика данного заболевания до появления развернутой клинической картины и прогрессирования. Это позволит избежать ряда возможных негативных последствий и операций или улучшить послеоперационное течение.

COVID – 19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ ШАХСЛАР ЎРТАСИДА КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТЛАРИНИ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

*Б.Б.Қораев, Т.Салиев, А.Искандаров, Б.Ғаниев, Ё.М.Юлдашев,
Д.Б.Мирзакаримова, Х.М.Гоффоров
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,
Андижон давлат тиббиёт институти*

Хаммага маълумки хозирги даврда бир қанча профилактик тартиб қоидаларга қарамасдан COVID-19 касаллиги кўпайиб борапти. Кўплаб инсонлар сингари ОИВ инфекцияли беморлар ҳам ушбу касалликдан сақланган эмас. Шу сабабдан АРВТ қабул қилмаётган, СД4 кўрсаткичлари паст бўлган, вирус юктамалари юқори кўрсаткичдаги инфекцияли шахслар ушбу касалликка дуч келиш хавфи юқориликча қолмоқда.

Мақсад: COVID-19 билан зарарланиш ОИВ инфекциясияли шахсларда ўлим кўрсаткичини ўрганиш. Ўз вақтида тўғри химояланиш, тўғри ташхис қўйиб, даволаш тадбирлари жараёнида тиббий назоратни етарли даражада йўлга қўйилса, ўлим кўрсаткичини камайишига олиб келади.

Текширув усули: Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази Вилоят юкумли касалликлар шифохонаси ҳамкорлигида тайёрланган маълумотларга асосан 2021 йилда 87 нафар ОИВ инфекцияли шахслар COVID-19 билан шифохонада даволанган, бўлиб, ундан ташқари бир неча беморларда касаллик белгилари енгил ёки ўрта оғир ҳолатларда кузатилганлиги аниқланди.

Натижа: ОИВ инфекцияли беморлар ичида 2021 йилда 87 нафар шифохонада даволанганда COVID-19 вируси аниқланиб, уларнинг 80 нафари АРВТ қабул қилган, 7 нафари АРВТ қабул қилмаган. АРВТ қабул қилган беморлар орасида COVID-19 вируси келтириб чиқарган касаллик енгил ва ўрта оғир шаклларда ўтди, ўлим кузатилмади.

ОИВ инфекцияли беморларнинг кўпчилиги АРВТга содиқлиги ва вирус юктамаларининг 50 нусха/млдан паст бўлганлиги ҳамда СД4 хужайралар сони 250 мклдан юқорилиги касаллик белгилари енгил ёки ўрта оғир ҳолатларда ўтишига сабаб бўлган. Касаллик оғир ўтишига умумий омиллардан ортиқча тана вазни, қўшимча сурункали касалликларнинг авж олиши, қандли диабет ҳамда юрак қон томир касалликлари сабаб бўлган. Бундан ташқари АРВТга содиқ бўлмаган ёки препаратларни қабул қилмаётганлиги, СД4 хужайралари 200 мкл дан пастлиги ҳамда вирус юктамалари юқори бўлган беморларда оғир асоратлар туфайли ўлимга олиб келган.

Хулоса: Юқоридагилардан келиб чикиб, ОИВ инфекцияли беморлар АРВТ билан қамралганлиги АРВТ ва оппортоностик инфекцияларни олдини олувчи бошқа препаратларини вақтида қабул қилиши катта аҳамият касб этади. Бундан ташқари ижтимоий масофа сақлаш, тиббий никоьбда юриш ва жамоат жойларида бўлишдан сақланиш каби умумий талабларни бажариш зарурлигини тушуниш муҳимдир.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ АКТИВАЦИЕЙ ПРОЦЕССОВ МЕТИЛИРОВАНИЯ

А.Ю. Лаптиёва, А.А. Глухов, В.В. Шишкина

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Российская Федерация*

Актуальность. Несмотря на многолетнюю историю изучения и постоянное совершенствование методов хирургии и терапии, патология гепатобилиарной системы по-прежнему остается актуальной проблемой современной медицины. Литературные данные последних лет свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту хронических диффузных заболеваний печени, особенно связанных с оперативными вмешательствами на печени. Пристальное изучение заболеваний гепатобилиарной системы определяется медико-социальными аспектами – свойственное им прогрессирующее течение не только ухудшает показатели качества жизни, но обуславливает возникновение тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации. В основе развития послеоперационной печеночной дисфункции лежат перекисное окисление липидов, нарушение электролитного баланса клетки, каскадное усиление энергозависимых процессов, недостаточный репаративный потенциал, что может привести к гипоальбуминемии, нарастанию интоксикации, угнетению иммунитета, бактериемии и летальному исходу.

Цель. Улучшение результатов профилактики послеоперационной печеночной дисфункции путем активации процессов метилирования.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 196 крысах линии Wistar. В 8 группах выполняли резекцию в объеме 70% от исходной массы печени: в 1-й группе - профилактика послеоперационной печеночной дисфункции не проводилась, во 2-й - после резекции внутрипеченочно вводили 0,9% раствор NaCl, в 3-й – адеметионин, в 4-й – цианокобаламин, в 5-й – внутривнутрибрюшинно адеметионин, в 6-й – цианокобаламин, в 7-й – адеметионин и цианокобаламин внутривнутрибрюшинно, в 8-й – адеметионин внутривнутрибрюшинно, цианокобаламин - внутривнутрипеченочно. Результат оценивали через 2 недели после операции с помощью клинических и биохимических методов исследования. Для статистической обработки использовали пакет MS Excel.

Результаты. На 14 сутки исследования нормализация показателей синдрома цитолиза наблюдалась у всех животных при внутривнутрибрюшинном введении адеметионина и внутривнутрипеченочном цианокобаламина. Внутривнутрипеченочное введение цианокобаламина способствовало нормализации показателей у 83% животных, в остальных группах показатель не превысил 70%. Показатели синдрома печеночно-клеточной недостаточности нормализовались в 4-й группе у 96% животных, в 8-й группе - у 100% животных. В остальных группах наблюдалось значительное отклонение показателей общего белка, альбумина, мочевины, креатинина и глюкозы. Показатели холестатического синдрома нормализовались в 4-й группе у 94% животных, в -й группе - у 100% животных, в остальных группах показатель не превысил 85%.

Заключение. Предложенный метод активации процессов метилирования позволяет повысить репаративный потенциал печени, обеспечивает восстановление ее

анатомической и функциональной целостности, предупреждает развитие послеоперационной печеночной дисфункции..

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

*Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р.,
Нигматуллин Э.И., Абдукаримов А.Д., Фарманова Г.У., Давронов Р.С.,
Халиков Ш.Б.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова» (г. Ташкент, Узбекистан)*

Актуальность: несмотря на внедрение новейших достижений в медицине, доказана низкая чувствительность рака пищевода (РП) к существующим химиопрепаратам и низкая эффективность лучевой терапии, что делает хирургическое лечение основным способом лечения.

Цель: изучить частоту летальности после различных вариантов хирургического лечения больных РП.

Материалы и методы: мы располагаем опытом хирургического лечения 237 больных РП. Локализация опухоли: в/3 грудного отдела пищевода – у 3(1,2%), в и с/3 грудного отдела пищевода – у 9(3,8%), с/3 грудного отдела пищевода – у 65(26,4%), с и н/3 грудного отдела пищевода – у 72(30,3%), н/3 грудного отдела пищевода – у 71(30,7%) и н/3 грудного отдела пищевода с переходом на КЭП – у 17(7,2%).

Результаты и обсуждение: По мере улучшения диагностики, оптимизации хирургической тактики, совершенствования хирургических приемов, лимфодиссекции и периоперативного ведения данной сложной категории больных, выполнение хирургических вмешательств нами разделены на три временных периода:

В период с 1991 по 2000 года произведено 75 экстирпаций пищевода (ЭП) с гастропластикой. При этом, в 73(97,3%) случаях использовался абдомино-цервикальный доступ и только у 2(2,6%) торако-абдомино-цервикальный (операция McKeon). Летальность отмечена в 14(18,6%) случаях.

В период с 2001 по 2014г. произведено 128 операций по поводу рака пищевода. 127 больным выполнена субтотальная ЭП, при этом у 91(71%) больного использован абдомино-цервикальный доступ, торако-абдомино-цервикальный доступ (операция McKeon) в 36(28,1%) случаях. Торако-абдоминальный доступ (операция типа Garlock) – у 1(0,7%) пациентки. Летальность в этот период наблюдалась в 12(9,4%) случаях.

В период с 2015 по 2020г. выполнено 34 операций по поводу РП. Абдомино-цервикальный доступ у 5(17,8%) больных, торако-абдомино-цервикальный у 12(32,1%) и торако-абдоминальный в 17(50%) случаях (операция типа Lewis у 11 и типа Garlock у 3). Летальный исход наступил в 1(3,5%) случае.

Выводы: Тактика хирургического лечения зависит от локализации ракового процесса. Предпочтение необходимо отдавать торакотомии для выполнения адекватной лимфодиссекции в объеме 2F. Показания к абдомино-цервикальному доступу должны быть ограничены и ему можно отдавать предпочтения только у возрастной категории пациентов с множеством соматических заболеваний, для которых торакотомия будет крайне травматична.

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ ЭКСПАНДЕРНОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ.

*Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.
Андижанский Государственный Медицинский Институт.*

Актуальность проблемы. Поражение открытой части тела в области грудной клетки вызывает эстетический дефект. Эти рубцы у лиц женского пола приводят к "распластыванию" и асимметрии молочных желез, их недоразвитию, нарушению лактации в период беременности.

Материалы и методы исследования: В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанского вилоята за 2019-2021 годы, нами оперированы 17 (100%) больных с рубцовыми деформациями молочной железы при помощи баллонных экспандеров объемом от 50 до 300 мл для растяжения тканей.

Растягивали непораженную кожу на задне-боковой поверхности грудной стенки. После достаточного прироста площади кожи вторым этапом из растянутых тканей формировали лоскуты.

Над распластанными молочными железами иссечены рубцы. Большой изогнутой иглой под поверхностной фасцией железы циркулярно в 3-4 яруса проводится монофиламентная нить, начиная от соска и заканчивая основанием железы. Небольшим натяжением нитей железе придается нужная форма. Концы нитей выводятся наружу через здоровую кожу на передней поверхности грудной клетки противоположно смещению железы с завязыванием узла над салфеткой. Соответственно уровню расположения соска непораженной железы в растянутый кожно-фасциальный лоскут через небольшой разрез выводили наружу рубцово пораженную ареолу и сосок. При остром дефиците непораженных тканей растяжение их с помощью экспандеров позволило восстановить форму и нормальную кожу всей поверхности молочной железы.

Результаты. Отдаленные результаты, прослеженные у 16 из 17 больных (94,1%), показали, что у 13 (81,2%) из 16 больного получены хорошие функциональные и косметические результаты, у 2 (12,5%) больных результат расценен как удовлетворительный, так как отмечался избыточный рост послеоперационных рубцов по краю перемещенных лоскутов. У одного (6,3%) больного результат оценён как неудовлетворительный из-за расхождения краев раны.

Выводы. Данным способом в 1-2 этапа можно устранить рубцовый массив и восстановить кожный покров на молочной железе. Экспандеры можно имплантировать с одной или – двух сторон от дефекта. В последующем выращенные ткани перемещаются на рану в виде лоскута или цельного пласта.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ОБЛАСТИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.

*Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У., Мадазимов К.М.
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ*

Цель работы: Улучшения результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций брюшной стенки путём усовершенствования существующих способов.

Материалы и методы исследования: Начиная с 2017 по 2020 года в областном Андижанском многопрофильном медицинском центре, 15 (100%) больным с передне-боковой односторонней рубцовой деформацией брюшной стенки, нами использовались

кожно-жировые пласты, мобилизованные на брюшной стенке в смежных с рубцовым дефектом областях.

Техника операции. Перед операцией намечаем границы рубцов, подлежащих иссечению, а также уровень мобилизации кожно-жирового пласта.

Разрез производили на границе рубцов и здоровой кожи. Рассекали кожу, подкожно-жировую клетчатку. На свободные края кожно-жирового слоя накладывали швы-держалки. Кожно-жировой слой указанных зон мобилизовали надфасциально острым и тупым путем. Кровоточащие перфорантные сосуды коагулировали. Затем, с учетом имеющихся запасов непораженных мобилизованных тканей, иссекали рубцы, проводили гемостаз и закрывали образовавшиеся раны этими тканями в состоянии умеренного натяжения. При этом накладывали двухрядные субдермальные и кожные швы, подлобчатное пространство дренировали вакуум дренажами.

Результаты. Отдаленные результаты, прослеженные у 13 (86,7%) из 15 больных. Наблюдение показали, что у 11 (84,6%) из 13 больного получены хорошие функциональные и косметические результаты, у 2 (15,4%) больных результат расценен как удовлетворительный, так как отмечался избыточный рост послеоперационных рубцов по краю перемещенных лоскутов.

Выводы. Таким образом, благодаря нескольким источникам осевого кровоснабжения кожно-жирового слоя передней брюшной стенки областей возможно обширная их мобилизация и перемещение без риска последующего некроза тканей. Данным способом в 1-2 этапа можно устранить рубцовый массив площадью до 300-см² и восстановить кожный покров на передней брюшной стенке.

В течении 6-8 месяцев перемещенные ткани полностью стабилизируются, восстанавливается их эластичность и способность к повторному перемещению.

КОМБИНИРОВАННОЙ Т-ОБРАЗНОЙ СТОМЫ С КОЛО- КОЛОАНАСТОМОЗОМ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

*Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М. Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Острая непроходимость толстой кишки (ОНТК) встречается в 29-62,9% случаев, имеет тенденцию к неуклонному росту. При этом, радикальное хирургическое лечение возможно только у 30-40% больных [Ханевич М. Д. с соавт. 2003; Чиссов В.И. с соавт., 2005] и до 65% экстренных операций завершаются формированием колостомы [Шельгин Ю.А. с соавт., 2016]. Однако, операция типа Гартмана сопровождается развитием серьёзных послеоперационных осложнений - до 25-60%, а также летальности - до 5 - 9%. В подавляющем большинстве случаев стомированным больным требуются реконструктивно восстановительные операции (РВО), которые *ограчаются развитием несостоятельности швов анастомоза* - 18-20% случаев, гнойно-воспалительные осложнения - 22-26 %, а в 3-7 % случаях наступает летальный исход [Горичнич А.В. с соавт., 2017; Томнюк Н.Д. с соавт., 2021; Giuliani, G. et al., 2020].

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились лишь больные ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза, которым выполнены резекция толстой кишки с формированием толстокишечной стомы по типу Гартмана и с формированием комбинированной Т-образной стомы с колоколоанастомозом (по типу «конец в бок» и «бок в конец») за период с 2011 по 2020 годы. Больные с не удаленной опухолью исследованию не подлежали.

Согласно цели и задачам нами исследовано 96 больных, которые условно выделены в две группы:

- группа сравнения - 57 (59,4%) больных, перенесшие операции по типу Гартмана с формированием одноствольной толстокишечной стомы;
- основная группа - 39 (40,6%) больных, перенесшие операции с формированием Т-образной толстокишечной стомы.

Клинические, лабораторные и инструментальные исследования проводились на современном уровне, с использованием современной аппаратуры, согласно протоколу, утвержденной администрацией и Министерством Здравоохранения РУз. Применение вышеописанных диагностических мероприятий, позволило получить достоверные результаты и решить поставленные задачи исследования. При анализе данных применяли значимость различий, определяя по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В процессе выполнения данного исследования и накопления опыта при ОНТК опухолевого и неопухолевого генеза нами усовершенствован способ наложения толстокишечной стомы (положительное решение на заявку IAP 2020 0067 от 22.02.2022). Данный способ прост в исполнении, доступен, не травматичен, полученные результаты позволяют рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении. Формирование комбинированной Т-образной стомы и коло-колоанастомоза позволяет содержимому кишечника частично опорожняется через стому и частично, естественным путем.

Наибольший контингент больных составили лица в возрасте 60 лет и старше, т.е. в пожилом возрасте – 43 (44,8%) больных. Данный факт свидетельствует о медико-социальной значимости проблемы хирургического лечения данного заболевания. Вместе с тем значительную часть составили лица в возрасте 19-44 лет, т.е. в зрелом возрасте – 35 (36,4%) больных. Они составляют значительную часть наиболее трудоспособного возраста, от работоспособности которых зависит как благосостояние семьи и государства. Также, ОНТК диагностировано в возрасте 19-44 лет, т.е. в молодом возрасте - у 21 (21,9%) больных, что может свидетельствовать об омоложении опухолевых заболеваний. Этот факт должен настораживать органы здравоохранения, так как именно эта возрастная группа является будущим нашего общества, что еще раз подтверждает актуальность данной проблемы.

В группе сравнения при вышеперечисленных обстоятельствах у 19 (33,3%) больных выполнена операция Гартмана и у 38 (66,7%) – операция по типу Гартмана (когда над прямой кишкой при формировании культи оставалась часть сигмовидной кишки). В основной группе при вышеперечисленных обстоятельствах у 22 (56,4%) больных сформирован Т-образный анастомоз по принципу «конец в бок» и у 17 (43,6%) – Т-образный анастомоз по принципу «бок в конец». Следует отметить, что Т-образный анастомозы по принципу «конец в бок» были сформированы, когда имелась достаточная часть сигмовидной кишки над прямой кишкой, т.е. имелась возможность его выведения наружу без натяжения в виде толстокишечной стомы. При отсутствии такой возможности формировался толсто-толстокишечный анастомоз по принципу «бок в конец».

Сравнительный анализ послеоперационных специфических осложнений показал, что в группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с техникой операции диагностированы у 10 (17,5%) больных с летальным исходом у 2 (3,5%), тогда как в основной группе послеоперационные осложнения диагностированы у 6 (15,4%) с летальным исходом у 2 (5,1%). Этот вид осложнений - специфических, т.е. связанных с техникой оперативного вмешательства играет решающую роль в оценке результатов хирургического лечения в urgentных ситуациях.

В основной группе послеоперационная летальность несколько превысила (на 1,6%) по сравнению с группой сравнения (в основной – 5,1%; в группе сравнения – 3,5%). Причиной таких показателей в основной группе явилось несостоятельность швов Т-образного анастомоза вследствие натяжения линии швов и в том числе погрешности в технике формирования анастомоза, которые отмечены в начальном

периоде нашей работы и соответствовало периоду освоения формирования Т-образного коло-колоанастомоза.

По мере накопления практического опыта, данные осложнения не наблюдались. Причиной послеоперационной летальности в группе сравнения явились несостоятельность швов на месте ушивания десерозированной и ушитой стенки СК (1) и несостоятельность культи прямой кишки (1).

Раневые осложнения, в группе сравнения диагностированы у 8 (14,0%) больных, тогда как в основной группе у 5 (12,8%). На наш взгляд, данное обстоятельство было обусловлено наличием перитонита и ослабленным иммунитетом на фоне опухолевого заболевания, а также высоко вирулентной инфекцией в связи с формированием толстокишечной стомы.

Послеоперационные осложнения общего характера в группе сравнения диагностировано у 5 (8,7%) больных с летальным исходом в 1 (1,8%) случае, тогда как в основной группе – у 3 (7,7%) больных с летальным исходом в 1 (2,6%) случае. Сравнительный анализ показал, что послеоперационные осложнения общего характера встречались с приблизительно одинаковой частотой и не были связаны с характером оперативного вмешательства. Возникновение послеоперационных осложнений общего характера было предопределено наличием хронических сопутствующих терапевтических заболеваний. Послеоперационная летальность в группе сравнения – у 1 (1,8%) и в основной – у 1 (2,6%) случаев. В обеих группах причиной послеоперационной летальности явилась тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) у больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно сосудистой системы. Хотя в обеих сравниваемых группах проводилась неспецифическая и специфическая профилактика тромбоэмболических осложнений согласно утвержденному протоколу.

Заключение. Таким образом, проведенным исследованием обоснована эффективность и целесообразность более широкого применения Т-образных анастомозов при ОНТК опухолевого (при удалении опухоли и отсутствии метастазов) и неопухолевого генеза.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

*Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

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

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

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

Результаты исследования показали, что у пациентов 1 категории (70 больных) установлены простые кисты, из них динамический контроль был предложен 20 пациентам, при диаметре кист больше 30 мм. У остальных 50 больных 1 категории были выполнены лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ. Во 2 категорию вошли 15 больных, из них тонкая ровная стенка кисты - у 6, единичные тонкие септы - у 5, единичный кальцинат в солитарной перегородке - у 1, единичные пристеночные кальцилаты - у 3. Все кисты были доброкачественными, 7 пациентам предложено динамическое наблюдение, 8 - лечебные пункции. Кистовидные образования 3 категории выявлены у 10 пациентов, причем экзогенная стенка кисты у 2, множественные перегородки - у 4, множественные кальцилаты - у 4. В 8 случаях образования и были доброкачественными, в 2 - злокачественными. Прооперированы 6 больных, из 2 выполнены сегментарные резекции при интраоперационном решении о доброкачественности процесса. Мониторинг под УЗИ контролем предложен 4 пациентам с доброкачественными образованиями. В 4 категорию были определены 5 больных, у которых были подтверждены гистологически кистозные почечно-клеточные карциномы.

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

МАЛОИНВАЗИВНЫ МЕТОДЫ ДРОБЛЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Сайфетдинов С.И., Абдулазизов С.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. По данным литературы, у 5% пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, локализация конкремента приходится на мочевой пузырь. Проблема цистолитиаза у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы остаётся актуальной и требует дальнейшего совершенствования подходов хирургического лечения.

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

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

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

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

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

*Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

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

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

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

Результаты исследования показали, что у пациентов 1 категории (70 больных) установлены простые кисты, из них динамический контроль был предложен 20 пациентам, при диаметре кист больше 30 мм. У остальных 50 больных 1 категории были выполнены лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ. Во 2 категорию вошли 15 больных, из них тонкая ровная стенка кисты - у 6, единичные тонкие септы - у 5, единичный кальцинат в солитарной перегородке - у 1, единичные пристеночные кальцилаты - у 3. Все кисты были доброкачественными, 7 пациентам предложено динамическое наблюдение, 8 - лечебные пункции. Кистовидные образования 3 категории выявлены у 10 пациентов, причем эхогенная стенка кисты у 2, множественные перегородки - у 4, множественные кальцилаты - у 4. В 8 случаях образования были доброкачественными, в 2 - злокачественными. Прооперированы 6 больных, из 2 выполнены сегментарные резекции при интраоперационном решении о доброкачественности процесса. Мониторинг под УЗИ контролем предложен 4 пациентам с доброкачественными образованиями. В 4 категорию были определены 5 больных, у которых были подтверждены гистологически кистозные почечно-клеточные карциномы.

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

РАБОЧАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТЕКА И
НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

МАМАТОВ Б.Ю., ИБРОХИМЖОНОВ М.Ш.

*АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ КАФЕДРА
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ – РЕАНИМАТОЛОГИИ*

Актуальность Отек и набухание ГМ, ВЧГ, связанная с ними, развиваются в 100% случаев и определяют течение и исход ОНМК. Патологические структурно-функциональные изменения мозга при ОНМК: инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг, субарахноидальное кровоизлияние. Первичные патогенетические факторы – необратимо поврежденные ткани, выделяющие вещества с патогенными гистотоксическими свойствами, продукты распада излившейся крови, поддерживающие церебральный вазоспазм и длительную ишемию нервной ткани. Саногенетические механизмы – реакции местного кровообращения; формирование зоны локального отека мозга; гиперпродукция ликвора; генерация нейроэндокринного стимула; повышение системного АД; хирургическая санация.

С целью создания рабочей классификации проанализировано лечение 396 пациентов мужского пола в возрасте от 32 до 71 лет: 310 с инфарктом мозга и 86 с кровоизлиянием в мозг, доставленных на этап специализированной помощи в течение 1 часа.

Классификация отека и набухания головного мозга при ОНМК по: типу: 1) ишемический; 2) геморрагический; 3) смешанный; локализации: 1) асимметричное одностороннее расположение; 2) симметричное двухстороннее/множественное расположение;

3) диффузное; степени компенсации: 1) без дислокации; 2) дислокация без нарушения витальных функций; 3) дислокация с нарушением витальных функций; виду: 1) отек головного мозга: а) вазогенный; б) осмотический; в) гидроцефалический 2) набухание головного мозга: а) цитотоксическое; б) ишемическое; морфологическим изменениям ГМ при МСКТ: 1) наличие зоны ишемии-некроза-пенумбры; 2) наличие зоны гематомы-пенумбры; 3) смешанные зоны; степени повышения ВЧД (в норме 100-200 мм вод.ст):

1) повышенное (200-300); 2) умеренно повышенное (300-400); 3) критическое повышение (400-500 и выше); виду гидроцефалии: 1) асимметричная; 2) симметричная; 3) окклюзионная; 4) гипорезоптивная; 5) сочетанная; временному фактору: 1) острейший период (1-3 сутки); 2) острый период (до 21 суток); 3) ранний восстановительный период (до 6 месяцев); 4) поздний восстановительный период (до 2 лет); 5) остаточные явления (после 2 лет); виду осложнений: 1) церебральные осложнения: а) отек и набухание головного мозга; б) дислокационный синдром; в) повышение ВЧД; г) снижение ЦПД; 2) экстрацеребральные осложнения: а) полиорганная недостаточность; б) сепсис; показателям витальных функций: 1) ЦНС; 2) ССС; 3) дыхательной системы; исходам: 1) выздоровление без морфологических изменений ГМ; 2) выздоровление с морфологическими изменениями ГМ; 3) энцефалопатия с нарушением высших корковых функций; 4) декортикационный синдром; 5) децеребрационный синдром; 6) летальный исход.

Вывод. Рабочая классификация помогает проводить обоснованную интенсивную терапию на всех этапах медицинской помощи при ОНМК.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ НА ИСХОД ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

*МАМАТОВ Б.Ю., ИБРОХИМЖОНОВ М.Ш.
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ КАФЕДРА
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ – РЕАНИМАТОЛОГИИ*

В нашей стране и за рубежом дорожно-транспортный травматизм приобрел характер эпидемии. При этом все чаще стали встречаться тяжелые множественные и сочетанные повреждения сопровождающиеся развитием шока. От качества обеспечения догоспитальной помощи в значительной степени зависит исход тяжелой травмы.

Целью исследования. Изучить влияние догоспитального времени, а также профиля бригад скорой медицинской помощи обеспечивших догоспитальную помощь на летальный исход у пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы. Исследовано 149 пациентов с сочетанной травмой экстренно госпитализированных в реанимационно-анестезиологическое отделение Клиники АГМИ г. Андижан возраст пострадавших составил $42,6 \pm 19,8$ лет, доля мужчин 60,1%, женщин 39,9%.

Пациенты стратифицированы в зависимости от тяжести травмы по шкале ISS: I степень (ISS до 15 баллов, $n=29$); II степень (ISS=15-29 баллов, $n=58$); III степень (ISS= 30-44 балла, $n=30$) и IV степень – крайне тяжелая травма с небольшим шансом на выживание (ISS \geq 45 баллов, $n=32$). Пациенты так же стратифицированы по продолжительности догоспитального времени: до 30 минут; 30-60 минут и более 60 минут.

Прогностическую значимость факторов риска летального исхода оценивали с помощью логистического регрессионного анализа. Относительную силу взаимосвязи между факторами риска и исходом болезни определяли как отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (95%ДИ).

Статистическая обработка и полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ SPSS, “Med Calc”. Мерой центральной тенденции данных служило среднее арифметическое (mean-M), мерой

– стандартное отклонение (standard deviation-SD), достоверность различий между средними величинами оценивали с помощью дисперсионного анализа. Категоризованные переменные были сравнены с помощью χ^2 -теста, с поправкой Йетса на непрерывность. Достоверность изменений средних величин признавалась при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании тяжесть травмы при поступлении по AIS составила $9,6 \pm 4,37$; ISS= $22,0 \pm 18,06$; GCS= $10,4 \pm 2,39$ баллов. В стационаре умерло 47 пациентов (32%).

Нами произведена оценка тяжести при поступлении и определена летальность в различных по шкале тяжести травмы ISS группах пострадавших в зависимости от догоспитального времени. У пострадавших с ISS=15-29 баллов догоспитальное время статистически значимо не влияет на летальность. Тогда как у больных с тяжелой и крайне тяжелой сочетанной травмой (ISS \geq 30 баллов) госпитализированных в первые 30 минут тяжесть состояния по шкале APACHE II на 19,0% ($p=0,03$), SAPS II – 20,5% ($p=0,02$), выраженность органических дисфункций по LODS на 36,8% ($p=0,02$) меньше, летальность на 39,9% ($\chi^2=9,70$; $p=0,003$; ОШ=7,92; 95%ДИ=1,90-38,03) ниже в сравнение с пострадавшими госпитализированными спустя 60 минут после травмы.

При исследовании влияния профиля бригад обеспечивших догоспитальную помощь нами выявлено, что у пострадавших с ISS до 15 и с ISS $>$ 45 баллов профиль бригад не влияет на летальность ($p > 0,05$), тогда как у пострадавших с ISS= 15-45

баллов изменения были статистически значимые. Из 149 пациентов с ISS=15-45 баллов у 43-и (28,9%) догоспитальную помощь обеспечили реанимационные бригады, 95 (63,5%) – линейные бригады и 10 (6,6%) – доставлены попутным транспортом. Исследования показали, что при одинаковой степени тяжести травмы по шкале ISS тяжесть состояния при поступлении в стационар по системам APACHE II на 16,0% (F=5,48; p=0,02), SAPS II-16,3% (F=5,24; p=0,02), выраженность органических дисфункций по LODS на 29,1% (F=6,40; p=0,01) были выше в группах, где догоспитальную помощь оказывали линейные бригады. Летальность так же на 26,3% ($\chi^2=4,64$; p=0,064; ОШ=1,88, 95%ДИ=1,08-3,62) была выше в группах, где догоспитальную помощь оказывали линейные бригады СМП.

Выводы. 1. У пострадавших с ISS до 30 баллов догоспитальное время не влияет на исход, тогда как у пострадавших с ISS \geq 30 баллов сокращение догоспитального времени до 30 минут у позволяет повысить шанс выживания в 8,84 раза в сравнение с пострадавшими, госпитализированными через 60 минут после травмы. 2. У пациентов ISS до 15 и с ISS $>$ 45 баллов профиль бригад скорой медицинской помощи не влияет на летальность. Однако у пострадавших с ISS $>$ 15-44 баллов обеспечение догоспитальной помощи реанимационными бригадами повышает шанс выживания 1,99 раза.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.

Маматов М.А., Абролов Х.К., Холмуратов А.А.

1 - ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – Андижанский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан,

Неполный аномальный дренаж легочных вен (НАДЛВ) – врожденный порок сердца, характеризующиеся дренированием одной или нескольких, но не всех, легочных вен в правое предсердие. В ряде случаев аномальные легочные вены впадают в верхнюю полую вену (ВПВ) или кава-атриальное соединение в сочетании с синус-септум дефектом. До настоящего времени, по мнениям авторов хирургическая коррекция порока в основном решены, но, несмотря на подобное единство взглядов на показания к коррекции НАДЛВ, многие частные вопросы остаются предметом дискуссий. В основном они касаются самих способов хирургической коррекции, оперативному доступу и условий обеспечения операции. С учетом этого в настоящем сообщении излагаем наш подход к хирургическому лечению больных с НАДЛВ.

Цель исследования: Научно обоснованно анализировать адекватность радикального метода внутрисердечной реконструкция неполной аномальный дренажа легочных вен с помощью аутоперикарда.

Материал и методы: За период с 2001-2021 гг. в специализированных кардиохирургических отделениях РСНПЦХ им акад. В.Вахидова и клиники АГМИ оперированы 122 больных в возрасте 5- 47лет, средний возраст составлял (14.2-0,7) лет, с различными анатомическим вариантами НАДЛВ. Диагностику порока основывали на анализе совокупности данных клинических и специальных методов исследования, включая эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию с контрастом и катетеризацией полостей сердца с ангиокардиографией. Операции выполняли из срединной стернотомии и торакотомии правым боковым доступом, при «открытом» сердце проводили у 63 пациентов нормотермическое (45,3-2,01)мин, и у 59 - гипотермическое (58,2-1,8)мин искусственное кровообращение с фармакохолодовой

кардиоплегией. Из 122 больных у 115 НАДЛВ сочеталась с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП); у 7 больных ДМПП не было и у 17 размеры дефекта были небольшими, у всех этих больных ДМПП расширили до нужного размера, чтобы кровь притекающие из легочных вен не обтюрировался. У 31 больных аномально впадала одна легочная вена, у 73 две и у 18 - три. В зависимости от уровня впадения легочных вен и расположения ДМПП больные распределены на 4 группы: у больных первой группы (14 пациент) аномальные легочные вены впадали в ВПВ, у больных второй группы (87 пациент) – в правое предсердие; у 5 пациентов третьей группы аномальные легочные вены впадали в ВПВ и 16 больных место впадения было смешанным. У 7 (5,7%) оперированных имелась добавочная левосторонняя ВПВ, открывающаяся в коронарный синус.

Результат и обсуждение: Так, в 78 наблюдениях имелся 2 тип, кардиальный, тип порока; ив этих случаях одна или несколько ЛВ отдельными, близко друг от друга расположенными, устьями открывались рядом с ДМПП – была выполнена пластика дефекта ауто- или ксеноперикардом с одновременной дислокацией устьев легочных вен в ЛП. При смешанном типе неполной формы АДЛВ, где ЛВ впадали в ВПВ высоко от ее устья – в этих случаях заплата, обычно больших размеров, вшивалась с таким расчетом, чтобы под ней создать общий туннель, соединяющий устья довольно отстоящих ЛВ с плоскостью ДМПП. Среди оперированных 122 больных летальных исходов не было; все они выписаны из клиники без признаков сердечной недостаточности и практически без жалоб, в удовлетворительном состоянии.

Выводы: Объем и способ устранения ЧАДЛВ надо выбирать в зависимости от уровня впадения легочных вен, их взаимоотношения с плоскостью ДМПП. Наиболее адекватным и радикальным методом является внутрисердечная реконструкция с помощью аутоперикарда.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА АНДИЖАН

Маматхужаева Г.А., Арзикулов А.Ш., Кадиров Х.С.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

В настоящее время ожирение признано новой хронической неинфекционной «эпидемией». Согласно данным экспертов ВОЗ, в 2018 г ожирением страдало около 10% взрослого населения планеты. К 2020 году их количество увеличилось более чем в 2 раза. Катастрофически быстрое возрастание числа лиц, страдающих ожирением, отмечается не только среди взрослого населения, но и среди детей и подростков. Увеличение числа детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением происходит во всем мире, в том числе и в Узбекистане.

Несмотря на катастрофический рост распространенности ожирения во всем мире, в городе Андижан исследований на эту тему ранее практически не проводилось. Имеющиеся единичные публикации касаются малого количества детей (Ибрагимов М.Б., 1987).

Медико-социальное значение проблемы ожирения определяется не только его растущей распространенностью, но и тяжестью осложнений. Детское ожирение влечет за собой как краткосрочные, так и долгосрочные неблагоприятные последствия для физического и психосоциального здоровья. В настоящее время хорошо известно, что глубокие нарушения метаболизма, возникающие при ожирении, неизбежно ведут к развитию сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета (СД) 2 типа, болезням суставов, бесплодию, жировому гепатозу, гиперурикемии, злокачественным новообразованиям, болезням, сопровождающимся гипоксией (апноэ, астма) и другим заболеваниями [Ахмедова Р. М., 2015].

Принимая во внимание, что ожирение в детском и подростковом возрасте может быть причиной тяжелых жизнеугрожающих заболеваний, изучение данной проблемы представляется важным в плане профилактики, ранней диагностики и эффективной терапии.

Цель исследования. Изучить распространенность ожирения у школьников города Андижан и факторы риска формирования.

Материалы и методы исследования.

Проведение эпидемиологического исследования: изучались распространенность и тендерные особенности избыточной массы тела и ожирения среди детей и подростков города Андижан. Осмотрено 1269 школьников г. Андижан. Критерием исключения из исследования являлось: вторичное ожирение, генетическое заболевание, возраст младше 7 лет. Проанализированы особенности анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Анамнез пациентов был изучен на основании опроса детей и их родителей, а также анализа анкет, медицинской документации: выписок из родильных домов, амбулаторных поликлинических карт (ф.112/у). Анализ течения беременности проводился путем опроса матери ребенка и анализа выписок из родильных домов. Углубленно изучали данные наследственности (наличие у родственников ожирения, СД 2 типа, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца). Обращали внимание на возраст матери, социальный анамнез, особенности гинекологического анамнеза, учитывали наличие профессиональных вредностей, обострений хронических заболеваний у матери, анемию во время беременности, гестоз, характер течения родовой деятельности. При изучении интранатального периода учитывалось наличие операции кесарева сечения, родовой травмы, массы тела при рождении. При анализе первого года жизни - характер вскармливания в течение 1-го года жизни, длительность естественного вскармливания, сроки введения прикорма, темпы нарастания роста и веса на 1-м году жизни.

Изучались жалобы пациентов, наличие сопутствующей патологии. Характер питания пациентов оценивали на основании анализа пищевых дневников.

Определялись антропометрические показатели: масса тела, рост, окружность талии. Рост измеряли с помощью жесткого ростомера (точность \pm 0,5 см). Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) -

$$\text{ИМТ} = \text{Масса (кг)} / \text{Рост (м}^2\text{)}.$$

В качестве стандартов для оценки ИМТ использовались перцентильные кривые соотношения ИМТ и возраста у каждого пола и международных критериев, предложенных Т. Cole и соавт. (2000). Оценку полового развития проводили по шкале Таннера [239]. Стадия I соответствовала до пубертатному развитию, стадии II-V — половому развитию. Оценивали сроки появления вторичных половых признаков. Артериальную гипертензию диагностировали по результатам данных суточного мониторинга артериального давления.

Стандартное лабораторное исследование крови включало: общий анализ крови, определение в сыворотке крови липидного спектра, глюкозы, трансаминаз.

Результаты: Частота встречаемости избыточной массы тела составила 16,8% (589), кроме того, 6,9% (295) школьников страдали ожирением. С учетом SDS ИМТ ожирение I степени диагностировано у 190 человек, II степень ожирения - у 78 школьников, III степени - у 25, морбидное ожирение имело место у 2 подростков. У половины детей, страдающих ожирением, диагностировано абдоминальное ожирение. У девочек ожирение встречалось с приблизительно одинаковой частотой во всех возрастных группах, в то время, как у мальчиков 9-12 лет ожирение диагностировалось статистически значимо чаще, нежели в других возрастных группах. Избыток массы тела и у юношей и у девушек 15-17 лет имел место статистически значимо реже, чем в других возрастных группах. У мальчиков ожирение встречается статистически значимо чаще. С возрастом уменьшается число

детей с ожирением и избытком массы тела. За прошедшие после первого исследования 8 лет число детей 13-14 лет с избыточной массой тела и ожирением возросло, в основном за счет детей с избыточной массой тела. Процент детей, имеющих ожирение и избыточную массу тела, увеличился более чем в 1,5 раза.

Выводы:

1. Распространенность избытка массы тела у детей и подростков в городе Андижан составляет 20,7 %, в том числе у 6,9 % школьников диагностировано ожирение. Мальчики ожирением страдают значительно чаще, чем девочки (9,4 % и 4,7% соответственно). Чаще всего (10,8%) ожирение диагностируется у детей 9-12 лет. Количество детей, имеющих ожирение и избыточную массу тела за последние 8 лет возросло более, чем в 1,5 раза.
2. Факторами риска развития ожирения являются отягощенная наследственность по ожирению, СД 2 типа; нарушение углеводного обмена и гипертоническая болезнь во время беременности. Кроме того, имели значение высокая масса тела при рождении, короткий период грудного вскармливания, раннее введение прикорма, высокие темпы прироста массы тела во втором полугодии жизни, наличие у детей избытка массы тела и паратрофии к концу первого года жизни.
3. У половины детей с ожирением диагностированы нарушения углеводного (51,6%) и жирового (50,7%) обмена. Нарушения углеводного обмена значительно чаще выявлялись у детей, вступивших в пубертат, и при абдоминальной форме ожирения. Абдоминальная форма ожирения у девочек в сравнении с глутеофеморальной сопровождается более глубокими нарушениями углеводного обмена. Дислипидемия у мальчиков диагностировалась чаще, чем у девочек.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Маннонов С.А., Махмудова Н.Р.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: Всемирная организация здравоохранения прогнозирует к 2030 г. увеличение числа лиц с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. Не менее 30% всех случаев тугоухости обусловлено патологией среднего уха. За последние десятилетия многие авторы отмечают рост заболеваемости экссудативным средним отитом, которые составляют 15-17% среди всех заболеваний уха.

Цель исследования. повысить эффективность лечения экссудативного среднего отита с применением препарата «Полидекса».

Материалы исследования. На базе ЛОР отделения Областного многопрофильного медицинского центра было обследовано 24 больных, от 7 до 60 лет, с диагнозом острый экссудативный средний отит, которые были разделены на 2 группы.

I группу (основную) составило 12 больных, в возрастной категории от 7 до 35 лет, у 9 больных процесс был односторонним, срок заболевания составил 2-3 недели. Объективно: 3 степень проходимости слуховой трубы, острый характер заболевания, наличие сопутствующей патологии ЛОР-органов (аденоидные вегетации, искривление перегородки носа, хронический гипертрофический или вазомоторный ринит). При лечении ЭСО в данной группе, наряду с традиционными методами лечения нами применялся препарат «Полидекса» с фенилэфрином. Его вводили интраназально по 1 дозе 3 раза в день, на протяжении 10 дней. Во II группу (контрольную) входило также 12 больных с экссудативным средним отитом, у 7 больных процесс был односторонним, при лечении которых использовались традиционные методы лечения

(сосудосуживающие препараты в нос, антигистаминные препараты, катетеризация и продувание слуховой трубы, физиотерапия).

Результаты лечения: Больные основной группы, которым наряду с традиционным методом лечения применяли препарат «Полидекса» с фенилэфрином, отмечалось улучшение дренажной функции слуховой трубы на 6-7 сутки лечения, подтверждённые заключением импедансометрии, у пациентов контрольной группы на 11-12 сутки.

Выводы: препарат «Полидекса» с фенилэфрином показал свою высокую эффективность при лечении острого экссудативного среднего отита, что позволило сократить сроки амбулаторного лечения и необходимость шунтирования барабанной перепонки.

НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА.

Мардонкулов У.О., Исроилов Х.Э., Камолова Ф.Н.

*Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд,
Узбекистан.*

Актуальность. Артроскопические исследования как малоинвазивные вмешательства, обладающие большими диагностическими возможностями, относятся к числу высоких медицинских технологий, которые позволяют на качественно новом уровне принимать окончательные решения при неясной клинической картине различных повреждений и заболеваний суставов. С целью улучшения диагностики патологии голеностопного сустава применяли комплексные методы исследования такие, как Рентгенография, МРТ, МСКТ, и артроскопию. Рентгенологическая диагностика является малоинформативным, но можно определить: разрыв межберцового синдесмоза, внутрисуставные переломы, признаки деформирующего остеоартроза. Компьютерная томография (МСКТ) может оказаться полезной в определении размеров краевых костных разрастаний и уточнении количества и размеров свободных костных тел. МРТ является золотым стандартом при патологиях и повреждениях мягких тканей. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является единственным методом лучевой диагностики, по результатам которого есть возможность комплексно оценить патологические изменения как мягкотканых, так и костных структур сустава, выявить повреждения суставного хряща и хондромалицию. МРТ позволяет исключить другие патологические состояния, вызывающие хронический болевой синдром в области голеностопного сустава, такие, как синдром пазухи предплюсны, асептический некроз, повреждения сухожилий, скрытые и стрессовые переломы. Диагностическая артроскопия имеет 100% чувствительность и специфичность при диагностике повреждений капсулы-связочного аппарата. Она также эффективна при остеохондральных переломах и определении хондромных тел.

Материалы и методы: У 16 пациентов (из них 9 женщин и 7 мужчин) проведено артроскопия голеностопного сустава. Все пациенты были трудоспособного возраста. Средний возраст составил 36 года (от 20 до 58 лет). Показаниями к операции были: остеохондропатия таранной кости у 2 пациентов (12,5%), артроз с наличием костного импиджмента- у 4 пациентов (25,0%), передний мягкотканый импиджмент-синдром — у 4 пациентов (25,0%), хроническая латеральной нестабильность — у 2 пациентов (12,5%), остеохондральные переломы — 4(25%).

Артроскопия проводилась с стандартным переднемедиальным и переднелатеральным портом. Лечебные мероприятия включали: удаление свободных хондромных тел и микрофрактуринг (остеоперфорация), (2 пациентов) абразивную хондропластику и удаление остеофитов микрофрактуринг (остеоперфорация) (4

пациентов), Переднемедиальный импинджмент устранили артрошейвером и аблятором (4 пациентов). У двух больных с хронической латеральной нестабильностью выполнили аутопластику наружной коллатеральной связки с сухожилием нежных мышц. Аутотрансплантант фиксировали в кость TWINFIX Ultra HA mm 4,5 mm suture anchor. В раннем послеоперационном периоде применялся пузырь со льдом, кроме двух больных с хронической латеральной нестабильностью гипсовая иммобилизация не использовалась. На следующий день после операции начинали лечебную физкультуру (активные движения без нагрузки), разрешалась ходьба с костылями с неполной нагрузкой на ногу. На 3–4-е сутки больных выписывали на амбулаторное лечение. Больным, которым было проведено аутопластика наружной коллатеральной связки накладывали гипсовую повязку на 2 недели, после чего начали активную разработку в голеностопном суставе. Наступать разрешили через 3 недели с момента операции. А больным, которым был проведен микрофрактуринг, рекомендовалась ходьба с костылями до 2 нед. с момента операции.

Результаты: для оценки результатов лечения пациентов была использована модифицированная шкала оценки функции голеностопного сустава (Д.Д. Черкес-Заде с соавт., 1999 г.). Шкала оценки состоит из 10 признаков, позволяющих дать объективную оценку биомеханических параметров, характеризующих функциональные возможности голеностопного сустава. Согласно данной шкале при общей сумме 45-50 баллов функция признавалось отличной, от 39 до 44 -хорошей, от 31 до 38 -удовлетворительной, ниже 30 баллов - неудовлетворительной. Результаты получали путем анкетирования до операции и на сроке 6-12 месяцев.

Полученные данные свидетельствуют о значимом улучшении средних показателей функции голеностопного сустава с 33,6 балла до операции, до 45,5 на момент повторного обращения больного. Боли в голеностопном суставе исчезли или намного уменьшились, а также исчезла хромота, увеличилось расстояние, которое может преодолеть больной, увеличивались объем движений в суставе. В меньшей степени это касалось трофики параартикулярных тканей и использования средств опоры. Результаты артроскопического лечения соответствуют с размерами и стадией хондромалиции суставной поверхности таранной или большеберцовой кости, выявленной при артроскопии голеностопного сустава.

Осложнение было получено лишь у одного пациента (6,2%) в виде нарушения кожной чувствительности в проекции *p.cutaneus dorsalis intermedius*, связанное с наружно-боковым доступом.

Заключение. Артроскопическое вмешательство в голеностопном суставе является высокотехнологичной, малоинвазивной лечебно-диагностической процедурой, требующей специальной подготовки хирурга, аккуратного отношения к анатомическим структурам и использования современного эндоскопического оборудования и инструментария. Применение артроскопической операции позволяет обеспечить в сравнении с открытыми вмешательствами более раннее начало реабилитационного лечения в послеоперационном периоде, сократить сроки стационарного лечения, ускорить восстановление больного.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА.

*Мардонкулов У.О., Нурмаматов Н.У., Аллатов Б.М., Туракулов А.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт*

Повреждения ВМП встречаются в 63–84% травм плечевого сустава. По частоте повреждений ротаторной манжеты занимает третье место (16%) после заболеваний позвоночника (23%) и коленного сустава (19%). Частота разрывов варьирует от 5 до

37% (у А. DePalma), из них около 15-20% – 60-летних, 26-30% – 70-летних, 36-80% – 80-летних.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) обладает высокой информативностью при диагностике патологических изменений вращательной манжеты плеча. Наиболее информативным считается T2-ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани в косой коронарной проекции.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность хирургического лечения пациентов с тотальным застарелым разрывом сухожилий ротаторной манжеты плеча.

Материал и методы - В Самаркандском Филиале РСНПМЦТО прооперировано открытым способом (с 2015 по 2021 гг.) 66 пациента (41 мужчина, 25 женщины) с диагнозом: застарелое повреждение сухожилий ротаторной манжеты плеча, комбинированная контрактура плечевого сустава. Средний возраст пациентов составил 58 лет. У 16 больных (24,2%) причинами повреждения ротаторной манжеты были травмы различного механизма, а у 50 больных (75,8%) были дегенеративного генеза. У всех больных с дегенеративными разрывами сопровождалась субакромиальным импинжментом синдромом. А у 6 больных кроме импинжмента имелось адгезивный капсулит плечевого сустава. По нашим наблюдениям средний срок обращений больных к специализированному консультированию в среднем 2-5 месяцев.

На МРТ плечевого сустава визуализировались признаки разрыва сухожильной части надостной и подостной мышц ротаторной манжеты плеча с диастазом между точкой фиксации к большому бугорку и флотирующим краем сухожилия более 2,0 см и ретракцией в подакромиальное пространство. Данные объективного обследования в сочетании с клиническим осмотром позволили подтвердить абсолютные признаки повреждения вращающей манжеты плеча, определить его локализацию и степень разрыва сухожилия.

Техника проведения операции: Под общей интубационной анестезии положение пациента «на боку». Пациент фиксирован упорами. Оперируемая конечность располагается в положении отведения 20-30 градусов, сгибание 20 градусов. Вытяжение оперируемой конечности по оси грузом 4-5 кг. Через стандартные задние и передние порты артроскоп вводится в плечевой сустав. Плечевой сустав визуализуется с помощью оптики, вставленной через задний порт. Диагностическая артроскопия выявила характер повреждения ротаторной манжеты. По размеру разрыва: малая, средняя, большая и по форме разрыва: «L» и «U» образная. А также с помощью артроскопа определили патологии субакромиального пространства.

Переключивали больного на спину. Больным, у которых сопровождалась с адгезивным капсулитом проводили закрытую редрессацию сустава. После повторной обработки операционного поля в верхней конечности, вскрыли субакромиальную полость через дельтовидным доступом: сделали разрез кожи от передне – верхнего угла акромиона отступив до большого бугорка плечевой кости. Дельтовидная мышца разделили тупым путём. Определяли зону костно-сухожильного дефекта от естественной точки фиксации в проекции большого бугорка плечевой кости до флотирующего и ретрагированного края сухожилий надостной и подостной мышц более 3,0 см, после чего освежали края поврежденных сухожилий ротаторной манжеты плеча и путем мобилизации адаптировали на материнское ложе плечевой кости. Подготавливали воспринимающее костное ложе в месте естественной фиксации сухожилия надостной мышцы путем удаления рубцовой ткани и части кортикального слоя большого бугорка плечевой кости. После этого освеженные края флотирующих сухожилий надостной и подостной мышц прошивали нитью Polyester № 6. Далее в головке плечевой кости с помощью крючкообразной спицы выполняли чрескостные швы с выходом на кортикальной пластинке дистальнее большого бугорка плечевой кости. После чего производили натяжение нитей и адаптацию флотирующегося края

сухожилий в естественной точке фиксации. После фиксации чрескостных швов проверили объем движений в плечевом суставе и жесткость адаптированных сухожилий ротаторной манжеты плеча. Гемостаз раны и послойно ушивали. Оперированную верхнюю конечность фиксировали отводящей шиной (отведение 30° и передняя девиация 20°) в течение 4 недель.

Оценку отдаленных результатов хирургического лечения проводили путем контрольного осмотра в сроки 3, 6 месяцев и 1 год с клиническим обследованием пациента (тесты на функцию ротаторной манжеты плеча, объем движения; ВАШ боли (0 – нет боли, 10 – сильная боль) и заполнение стандартизированной шкалы функциональной оценки плечевого сустава UCLA (адаптированной к повседневной жизни пациентов: 34–35 баллов – отличный результат, 28–33 балла – хороший, 21–27 баллов – удовлетворительный, менее 20 баллов – плохой), оценивался болевой синдром, функция сустава и мышечная сила при трудовой и повседневной деятельности пациента. У 38 больных (57,5%) был получен отличный результат. У 25 больных (37,8%) был получен хороший результат. У 3 больных (4,7%) получали неудовлетворительный результат. Причинами неудовлетворительных результатов были обширный дефект и поздние обращение больных (2), и сопутствующий сахарный диабет у больного (1) привело к лигатурному свищу. После удалении лигатуры был получен хороший результат.

Заключение. Реинсерция разрыва сухожилий ротаторной манжеты, несмотря на травматичность оперативного вмешательства, является операцией выбора, дающей максимальные перспективы к возврату пациентов к трудоспособности.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.

Махмудов Ш.С

Андижанский Государственный медицинский институт

Резюме. В работе представлены сборы, обобщение, а также оценка эффективности основных методов лечения пациентов с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом. Анализ подобной информации позволит усовершенствовать ранее разработанные аппараты, а также создать методики и приборы, основным преимуществом которых будет снижение травматизма при оперативных вариантах лечения и уменьшение числа осложнений

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, консервативное лечение, хирургическое лечение, ультразвуковое исследование (УЗИ), эндосонография (ЭУС), лапароскопическая холецистэктомия, малоинвазивные технологии.

Цель исследования: изучить и оценить старых и новых методов профилактики и лечения ХКБ и Холедохолитиаза.

Материалы и методы: Исследование проводили на базе РНЦМЭПБф за период с 2020 по 2022 годы. Работа основана на ретроспективном и проспективном анализе историй болезни 60 пациентов с подозрением на холедохолитиаз. Критериями отбора явились предикторы, разработанные ранее для обоснования селективного применения интраоперационной холангиографии. Учитывая цели и задачи настоящего исследования, все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от включенного в общепринятый алгоритм диагностики холедохолитиаза (клинические и биохимические анализы крови, УЗИ, ЭГДС) дополнительного метода исследования. Сформированные группы подвергались многофакторным исследованиям. Учитывались методы дополнительной диагностики, типы оперативных вмешательств, возраст и пол. В группе I, выполнены, помимо стандартных методов диагностики, Группа I представлена пациентами, дополнительно обследованных эндоскопической

ультрасонографией (40 пациентов). В группе II, контрольная группа, представлена пациентами обследованных стандартными методами исследования (20 пациентов).

Результаты и обсуждение: Группы однородны по возрастным и половым признакам. Средний возраст больных I группы составил - 61,9±1 год; II группы – 59±1; В группах преобладали больные женского пола – 3:1. Достоверность различий $P < 0,005$. Для ЭУС эти показатели составили соответственно 93,1%, 90,7% и 94,5%. Диагностическая точность комплексного обследования 98,9%. Диагностическим критерием информативности ЭУС в выявлении холедохо-литиаза выбрана ЭРХПГ. Внутренняя декомпрессия и санация желчных протоков путем ЭПСТ в сочетании с литоэкстракцией выполнены у 40 (52,8%) больных. У 20 (4,1%) пациентов с вклиненными конкрементами БДС была выполнена эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия (ЭХДС). У 18 (43,1%) пациентов не удалось на первом этапе устранить холедохо-литиаз путем ЭПСТ. В целях декомпрессии желчных протоков у этих больных выполнялась наружная декомпрессия. Из них у 12 (36,5%) пациентов выполнялась чрескожно – чреспеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧХГС), а у 6 (6,6%) пациентов – чрескожно – чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧХС) под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем. Результаты и обсуждение у 34 (35,4%) больных оперативное вмешательство выполнялось в экстренном порядке. Их них у 32 больных холецистэктомия выполнялась лапароскопическим доступом, у 16 больных – из минилапаротомного доступа, у 12 больных лапаротомным способом. Этапный способ хирургического лечения применялся у 40 (64,6%) больных при отсутствии положительного эффекта от проведенной консервативной терапии в течение 6-12 часов. Первым этапом лечения у данных пациентов выполнялась микрохолецистостомия чрескожным способом под контролем ультразвука.

Выводы: Комплексное использование эндосонографию в диагностике холедохо-литиаза позволяет получить наиболее полную информацию о состоянии внутри и внепеченочных желчных протоках. Оптимизация диагностической программы позволяет улучшить результаты хирургического лечения холедохо-литиаза за счет обоснованного применения оперативного вмешательства. Уменьшение количества «ненужных» операций приводит к снижению частоты осложнений. Выбор рациональной хирургической тактики напрямую зависит от результатов диагностики. В случае выявления холедохо-литиаза предпочтительным является ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ТАҲЛИЛИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ.

Маҳкамов Н.Ж, Хужаназаров И.Э

Андижон давлат тиббиёт институти, , Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги Инсонлар яшаш тарзида, меҳнат фаолиятидаги кам ҳаракатлик ва оғир юкланишлар умуртқа поғонаси касалликларини кўпайишига олиб келмоқда. Айниқса ахборотлаштириш ва компютер технологиялари замонида кўп касб эгаларида меҳнат шароити ва фаолияти ҳаракатланиш даражасининг пасайиши натижаси сабаб бўлмоқда. Бунда касалланиш умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг структур-функционал тури яъни симфизнинг тоғайли фиброз халқаси шикастланиши ва эластиклик ҳолати бузилиш натижасида дискда протрузия ва чурра ривожланишига олиб келади.

Касалликнинг негизида умуртқанинг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари ривожланиши, касалликни босқичма-босқич умуртқа таналарига, бўғимлари ва боғламларигатарқалиши билан кечадиган жараён ётади. Касаллик натижасида

умуртқалараро сегментданотурғунлик ривожланади. Айниқса дискдаги патологик ҳолат сегментлараро нерв элементлари ватолаларини эзилиши ва оғрикли синдромни ривожланишига сабаб бўлади. Остеохондрозни ривожланиш босқичларида диск чурраси ривожланиши, умуртқалартаналарида остеофитларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг умуртқа канали томон ўсиб киришҳолатлари кузатилади.

Тадқиқот усули ва мақсади Шуни таъкидлаш керакки, касалликнинг кечиши ва босқичлари фақат рентген ва невроген ўзгаришлари бўйича эмас, клиник кўринишга қараб белгиланади. Беморни текширилганда ҳаракатларини турган, ўтирган ва ётган ҳолатларда амалга оширилади. Умуртқа поғонасидаги анталъгик ҳолат, ҳаракатларни кескин чегараланиш ҳолатлари аниқланганда албатта биринчи навбатда унинг давомийлик даврини аниқлаш лозим;

Беморнинг тос соҳасини иккала қўллар билан фиксация қилган ҳолатда ёки ўтирганҳолатида беморга олд томонга, орқага, ёнбошга эгилиш ва ротацион ҳаракат қилиш буюрилади. Бемордан бу ҳаракатларнинг қайси бирида оғриқ пайдо бўлиши ва оғриқ кучи ҳақида сўралади. Юқорида таъкидлаганимиздек айнан бел пастки қисмидаги тугунлар доимий юкламалар натижасида мускул тортишиш кучи натижасида ҳосил бўлганлиги аниқланди.

Бу жараён беморларда иккиламчи нарв қисилишига сабаб бўлади, бу белгиланган клиник жараён диск чуррасига ўхшаш иккиламчи иррадиацияланвчи оёқлардаги оғриққа сабаб бўлади. Касалликни чаноқ-сон бўғими касалликларидан фарқлаш мақсадида беморни чалқанча ётган ҳолатида иккала қўл кафтлари билан ёнбош суяклари қанотлари босиб кўрилади. Беморни ётган ҳолатида оёқларини фаол бирма-бир кўтариши ва чаноқ-сон бўғимида букиши умуртқа поғонаси бел қисми паравертебрал мушакларнинг тортилиши сабабли оғриқларни кучайишига олиб келади. Кўп ҳолатларда албатта солиштирма инструментал текширувлар анамнестик маълумотлар билан жамланади, чунки диск чурралари билан тос-сон бўғим касалликлари (коксоартроз, туберкулёз, бруцеллёз артрити ва КОВИД-19 дан кейинги асептик некроз) клиникаси ўхшашликлари жудаям кўп учрайди.

Анамнестик ва инструментал текширувларни айниқса тос –сон бўғими касалликлари билан солиштирма ташҳис ўтказилмасдан қилинган кўплаб муолажалар натижасиз даво ҳисобланган, чунки тос - сон бўғими коксоартрози, коксити, контрактураси ва асептик некроз (КОВИД – 19 асорати) идан кейинги ҳолатда беморларда ўхшаш клиника сақланиб қолган оғриқ симптомлари борлиги аниқланган. Шунинг учун клиник анамнестик маълумотларга асосланган ташҳис ва даво самаралидир.

Тадқиқот натижаси Инсонлар яшаш тарзида, меҳнат фаолиятидаги кам ҳаракатлик ва оғир юкланишлар умуртқа поғонаси касалликларини кўпайишига олиб келмоқда. Айниқса ахборотлаштириш ва компьютер технологиялари замонида кўп касб эгаларида меҳнат шароити ва фаолияти ҳаракатланиш даражасининг пасайиши натижаси сабаб бўлмоқда. Бунда касалланиш умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг структур-функционал тури яъни симфизнинг тоғайли фиброз халқаси шикастланиши ва эластиклик ҳолати бузилиш натижасида дискда протрузия ва чурра ривожланишига олиб келади. Тадқиқот натижасида дастлаб беморларнинг клиник-анамнестик маълумотлари таҳлили ҳамда беморларнинг травматология ва нейрохирургия бўлимларида даволангандаги касаллик тарихи маълумотларидан ўрганиб чиқилди.

Хулоса Умуртқа поғонаси бўйин, кўкрак, бел соҳалари дегенератив –дистрофик касалликларининг структур-функционал турида клиник ва анамнестик ўзгаришларини таҳлил қилганимизда тоғайли диск ҳамма умуртқаларда турлича юкланишлар сабабли ривожланишда бўлиши, бу эса клиник жараёнларни тўғри баҳолашни тақозо этади. Олиб борилган илмий тадқиқот хулосалари шуни кўрсатдики беморларнинг касаллик

даражаларини ўрганишда ва тўғри ташҳис қўйишда клиник-анамнестик ўзгаришларни ёшига, турмуш тарзи ва иш фаолиятига индивидуал ёндашиш керак.

**УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШҲИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ.**

*Маҳкамов Н.Ж., Нарматова Д.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги. Орқа миядаги дегенератив ўзгаришлар ривожланган мамлакатлар аҳолисида деярли бир хил даражада содир бўлади, улар овқатланиш ва турмуш тарзи одатларига асосланган деб ҳисобланади. Шундай қилиб, Жанубий-Шарқий Осиё аҳолисининг энг камбағал қатламлари орасида умуртқа поғонасидаги аниқ дегенератив ўзгаришларнинг частотаси атиги 30% ни ташкил қилади, аммо фаровонликда ўсаётган ўша минтақалар аҳолиси орасида деярли бир хил оғриқ 100% катталар бу касалликни бошдан кечирган.

Орқа мия биомеханикасининг бузилиши дегенератив ўзгаришларнинг локализацияси ва зарбларга таъсир қилади. Озиқланиш ва мажбурий турмуш тарзини ўзгартириш хусусиятларига қараб физиологик биомеханиканинг бузилиши умуртқа поғонасидаги дистрофик-дегенератив ўзгаришлар ривожланишининг олдинги омиллари ҳисобланади. Одатда мавжуд бўйин ва бел лордозини ҳам умуртқа поғонасининг дегенератив жараёнларининг ривожланиши учун хавфли омиллар бўлиб, дискнинг олдинги бўлимларига кўпроқ босим ўтказиши ва ҳалқадаги дегенератив ўзгаришларнинг ривожланиши билан дирилдоқ ядроси орқага силжий бошлайди. Дискнинг орқа қисмларининг орқа мия каналига бўртиб чиқиши дискнинг силжишига ва бу зонада реактив суяк ўзгаришларининг шаклланишига олиб келади - остеофитлар; Бундай ўзгаришларнинг рентгенограммаси спондилос деб аталади;

Муаммони ўрганиш даражаси.

Орқа миядаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар биринчи навбатда хавфлидир, чунки улар сурункали патологияга айланиши мумкин. Дегенератив-дистрофик патологиялар билан ҳасталанган беморларнинг тахминан 85 фоизи доимий равишдаги оёқ ва бел соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар .

Орқа мия ДДК сабаблари жуда кўп, асосий омиллари; умуртқа поғонасининг маълум бир қисмидаги интервертебрал дисклар соҳасида метаболик жараёнлар ва қон айланишининг бузилиши; орқа мия тўқималарида озуқа моддаларининг етишмаслиги; орқа мия шикастланиши, шунингдек, травмадан кейинги синдромлар; орқа мия устидаги ортиқча юк; Оғирликни нотўғри ва тез-тез кўтариш; боғламларни, мушакларни чўзиш; орқа мия микроспазми; орқа миядаги юқумли жараёнлар; гормонал бузилишлар; танадаги яллиғланиш жараёнлари; зарарли одатлар; нотўғри овқатланиш; ортиқча вазн; доимий ўтиришдаги турмуш тарзи, ҳаракатсиз иш; Тўқималарда ёшга боғлиқ ўзгаришлар, тўқималарнинг нотўғри озиқланиши; генетик сабаблар. Сабаблар рўйхатида умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларини ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган турли хил омилларни аниқ кўрсатади.

Тадқиқот мақсадлари:

- умуртқа поғонаси дегенератив касалликларининг эрта намоён бўлишини аниқлаш учун клиник ва анамнестик таҳлил ўтказиш;
- умуртқанинг дегенератив касалликларининг эрта клиник кўринишларини, сабабларини ва хавф омилларини ўрганиш;
- умуртқа поғонаси юмшоқ тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг эрта патоморфологик белгиларини аниқлаш;

- умуртқа поғонасининг суяк тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг дастлабки патоморфологик белгиларини аниқлаш;
- умуртқа поғонасидаги дегенератив ўзгаришларнинг дастлабки ташхислаш белгиларининг алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг илмий ва амалий аҳамияти

Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликлари бўйича эрта клиник, анамнестик ва инструментал маълумотларнинг хусусиятлари тўғрисидаги маълумотлар зарур терапевтик тадбирларни ишлаб чиқишга имкон беради.

Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари ривожланишининг эрта клиник кўринишлари, сабаблари ва ҳавф омилларининг хусусиятларини аниқлаш бу умуртқа поғонаси касалликларининг характерли дастлабки белгиларини тушунишга имкон беради.

Орқа миянинг юмшоқ ва суяк тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг характерли эрта патоморфологик белгиларини аниқлаш бел умуртқалари касалликларининг дифференциал диагностик белгилари нима эканлигини аниқ кўрсатади. Ва шуларга асосланган ташхислаш, даволаш ва профилактик тадбирларини олиб боришимиз беморларнинг умуртқа поғонаси касалликларини оғир асоратлари билан касалланишларини бартараф этади ва бу билан мутахассисларимиз инсонлар саломатлиги ва соғлом турмуш тарзини юксак ривожланишига ўз хиссасини қўшган бўлади.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҲАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ КОРРЕКЦИЯЛОВЧИ ДИСТРАКЦИОН МОСЛАМАДА ДАВОЛАШ

Маҳкамов Н.Ж,

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари (УДК) саноати ривожланган мамлакатларда ногиронлик бўйича этакчи ўринлардан бирини эгаллайди. 1995 йилда Қўшма Штатларда бел оғриғи учун тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси 1000 эркак учун 77,8 ва 1000 аёлга 109,1; умуртқалараро дискларнинг дегенератив касалликлари (УД) учун - 1000 эркакка 35,5 ва 1000 аёлга 29,6 [10]. 1997 йилда таянч-ҳаракат тизими касалликлари бўйича касалхонага ётқизилган 1,5 миллион бемордан 311 000 нафарига УД дегенератив касаллиги ташхиси қўйилган [13].

Ҳар йили меҳнатга лаёқатли аҳолининг қарийб 8 фоизи умуртқа поғонасидаги оғриқлар туфайли меҳнат қобилиятини йўқотади ва ногиронлик ҳолатларининг 40 фоизи бел соҳасидаги оғриқлар билан боғлиқ [14]. Неврологдан ёрдам сўраган беморлар орасида; энг катта ўринни дорсопатияларнинг турли шакллари билан оғриган беморлар гуруҳи эгаллайди. Лотинча "дорсум" - орқа, умуртқа поғонаси, ортиқча юнонча "пато" - азоб-уқубат, касаллик, яъни умуртқа поғонаси касалликлари. ИСД-10 да дорсопатиялар умуртқа поғонаси патологиясининг барча даражаларида, бўйиндан думғазагача (М40-М54) намоён бўлишини ўз ичига олади. Улардан яқинда дорсопатиянинг пастки орқа тарафдаги оғриқлар энг кенг тарқалган вариантыга катта эътибор қаратилди - УХС[1,2,6], ИСД-10 да рўйхатга олиш тоифаси - М54.5. Ушбу синдромнинг асоси XII жуфт ковурағалар ва думба бурмалари ўртасида жойлашган оғриқдир. ЖССТ экспертларининг фикрича, ривожланган мамлакатларда БНС тарқалиши юқумли бўлмаган эпидемия ҳажмига киради [3,5].

Тадқиқот мақсади Орқа мия дегенератив-дистрофик касалликлари ривожланишининг олдини олиш ва оғриқ синдромини бартараф этиш муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда ва самарали жисмоний реабилитация дастурини ишлаб

чиқиш нуқтаи назаридан ҳам, аҳолининг барча тоифалари учун унинг мавжудлиги нуқтаи назаридан ҳам ҳал қилиниши керак. Умумий компютерлаштириш даврида, жисмоний меҳнатдан ақлий меҳнатга кескин ўтиш, инсоннинг жисмоний фаоллигининг пасайиши кузатилади. Ўтирган иш, машина ҳайдашда мушакларнинг қисқаришини пасайишига олиб келади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, инсон умуртқа поғонасининг 80%и мажбурий ярим эгилган ҳолатда бўлади. Бу ҳолатда узоқ вақт туриш орқа тикловчи мушакларининг чўзилиши ва уларнинг қисқаришини пасайишига сабаб бўлади. Бу умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларининг пайдо бўлишига олиб келадиган асосий омиллардан биридир.

Сўнгги йилларда мамлакатимизда ҳам, хорижда ҳам ушбу муаммога бағишланган кўплаб симпозиум ва анжуманлар ўтказилаётгани бежиз эмас. Кўпгина статистик маълумотлар нафақат умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларининг юқори частотаси, балки ушбу касалликларнинг частотасини камайтириш тенденциясининг йўқлиги ҳақида ҳам далолат беради. Кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги инсонларга таъсир қиладиган умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликлари меҳнат фаолиятини катта йўқотишларига ва кўпинча ногиронликка олиб келади. Бугунги кунда дунёнинг замонавий ихтисослашган кўпгина тиббиёт муассасаларида кенг тарқалган фикр шундаки, дискоген касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш беморларнинг атиги 10-12 фоизда кўрсатилган бўлса бизнинг тадқиқотларимизда 10% гачалиги исботланган. Орқа мия дегенератив-дистрофик касалликлари ва асоратлари бўлган бошқа барча беморлар консерватив даво олишлари мумкин ва керак.

Хулоса Функционал - дистракцион тортиш маҳаллий босимни пасайтириши мумкин, дорилар ёки физик даволаниш симптомларини енгиллаштиради. **Умуртқа каналида мавжуд бўлган бўғим-нерв ва диск-нерв конфликт синдромларини комплекс даволашда бу усул замонавий комплекс даво чоралари мажмуасига киради. Ушбу функционал - дистракцион мослама бўйича умуртқа поғонасини тортиш вақти ва тортиш режимини аниқлаш схемалари ишлаб чиқилган ва таклиф этилган**

Бу мосламаларда олинган натижалар диск чурралари бор беморларнинг 90 % ини консерватив даволашга эришилган. Бу эса диск чурраларини ва мускул таранглашишидан сўнгги умуртқа қисқаришларини даволашда энг самарали ва кам шикастланишлари билан исботланган усулдир. Замонавий меҳнат шароитидаги инсонлар саломатлиги ва ижтимоий равноқи учун энг мақбул даволаш ва профилактика тадбирларидан биридир.

БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҲАСИ СПОНДИЛИТИНИНГ ТУРЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ.

*Маҳкамов Н.Ж., Хужаназаров И.Э
Тошкент тиббиёт академияси
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги Спондилит-бу умуртқа поғонаси ва унинг таркибий элементлари (таналари, умуртқалараро дисklar, бойламли бирикмалар, умуртқалараро бўғимлар)нинг яллиғланишли ҳавfli касаллигидир. Спондилит инфекцион ва ноинфекцион (асептик) турларга бўлинади, ўз навбатида инфекцион ўзига хос бўлмаган ва специфик (сил, бруцеллез, паразитар, сифилитик ва COVID-19дан кейинги асоратлар) турига киради. Умуртқа поғонаси бўйин, кўкрак ва бел соҳаси спондилити ҳаракат-таянч тизими нуқсонлари ичида жуда долзарб муаммо бўлиб, бу касаллик ривожланиш даражасининг ўтган 10 йил давомида 30 мартадан ортиқ ортиши билан изоҳланади. Орқа миянинг йирингли-яллиғланиш касалликлари орасида инфекцион

спондилит 3-8% ни эгаллайди. Умуртқа поғонасида жойлашган яллиғланиш жараёнини ташхислаш ҳамда даволаш қийинроқ ва суяк тўқимасидан ташқарида юзага келадиган йирингли-яллиғланишли жараёнга қараганда оғирроқ ҳисобланади.

Сўнгги йилларда ташрихий жараёнлар фаоллиги, шу жумладан ёндош сурункали касалликларга чалинган кекса одамлардаги асоратлар, шу жумладан спондилитнинг кўпайишига олиб келди. Кўпинча генитоурия тизимининг сурункали инфекцияси, холецистит, флегмоналар, хўппозлар, умуртқа поғонасида бегона жисмлар (ўқ отиш жароҳатлари, умуртқа шикастланишлар оқибатлари) умуртқа поғонаси инфекциясига олиб келади

Текширув усуллари Ўткир гематоген спондилит патогенезидаги асосий боғланиш суякдаги ўткир яллиғланиш марказининг шаклланиши бўлиб, қон томир ва тўқималарнинг ўзгариши билан тавсифланади. Яллиғланиш жараёнининг муҳим ҳусусияти шундаки, у суяк найчасининг қаттиқ деворлари билан ёпилади, бу эса томирларнинг сиқилишига олиб келади ва суяк гипертензияси оғриқ синдроми сифатида намоён бўлади. Бу ўзгаришлар умуртқалараро дискда инволютив жараён ва спондилитни биргаликда бўлиши ҳисобига келиб чиқиши мумкин, шу сабабли МРТ граммаларда умуртқалараро дискда статик зўриқиш, шунингдек, кифосколиоз, гиперкифоз натижасида функционал юклама ва гипогидратация ҳисоби билан асептик яллиғланиш кузатилади

Хулоса қилиб айтганда, ортопедоневрологик, рентгенологик ва МРТ текширувлари натижасидан маълумки, 30-65 ёшдаги беморларда дискорадикуляр тўқнашув омилини бартараф қилишда декомпрессия ҳажми қониқарли бўлиши зарур, бу ҳақда адабиётлар шарҳи умуртқа канали захира бўшлиғининг тўлиқ ишғол бўлганлиги тўғрисида маълумот беради. Бугунги кунда жаҳоннинг замонавий ихтисослашган кўпгина тиббиёт муассасаларида кенг тарқалган фикр шундаки, дискоген касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш беморларнинг атиги 10-12 фоизида кўрсатилган бўлса бизнинг тадқиқотларимизда 10% гачалиги исботланган. Орқа мия дегенератив-дистрофик касалликлари ва асоратлари бўлган бошқа барча беморлар албатта консерватив даволанишлари керак ва шартлиги исботланган. Инсонлар саломатлиги ва ижтимоий раванқ топиши учун мамлакатимизнинг замонавий тиббиётидаги бажарилаётган барча илмий йўналишлар таҳсинга лойиқдир.

СВЕРТЫВАЮЩАЯ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

*Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Ботиров А.К., Усмонов У.Д.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Актуальность проблемы. Острый калькулезный холецистит (ОКХ) занимает второе место по частоте (после острого аппендицита) возникновения urgentных хирургических заболеваний и занимает позицию одной из наиболее затратных для здравоохранения болезней пищеварительной системы [Хохлачева Н.А., 2016; Рак М, 2016]. В арсенале хирургических методов лечения ОКХ, наряду с «традиционными» холецистэктомией (ХЭ) широко применяются малотравматичные операции - ХЭ из мини-доступа и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [Токин А.Н. и соавт, 2008]. По оценкам специалистов, избыточный вес и ожирение являются причиной более 1,2 миллиона смертей в год [ВОЗ, 2022]. Среди лиц с ожирением часто встречается калькулёзный холецистит, чем у людей с нормальной массой тела [Мишалов В.Г., 2016]. В литературе есть сообщения, что острый холецистит даёт высокую послеоперационную летальность, достигающая до 14,6%, которая особенно высока (20-

23%) у больных пожилого возраста, среди которых преимущественно лица с ожирением [Аймаламбетов М.Ж. с соавт., 2019]. Оперативные вмешательства вызывают изменения в свертывающей системе крови, однако единого мнения в этом вопросе нет. В связи с этим, все большее внимание исследователей и клиницистов привлекает проблема свертывающей и антисвертывающей системы крови. Это в значительной степени объясняется участвовавшими случаями ТЭО в послеоперационном периоде, в сравнении с пациентами без ожирения ТЭО, особенно при ОХ [Баркаган З.С., 1999; Бокарев И.Н., 2000; Augustin T., 2017].

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 и послеоперационном ведении с учетом свертывающей и антисвертывающей системы крови – проспективное исследование.

При ОКХ на фоне ожирения в группе сравнения и основной группах установлено, что больные мужчины составили лишь 210 (20,3%), тогда как женщины 823 (79,7%), т.е. соотношение мужчин к женщинам составило 1:4.

Клинические, лабораторные и инструментальные исследования проводились на современном уровне, согласно протоколу, утвержденной администрацией и МЗ РУз, которые позволили получить достоверные результаты и решить поставленные задачи исследования.

Для вычисления идеальной массы тела мы использовали таблицу MLIC (Metropolitan Life Insurance Company). В ней представлены минимальное и максимальное значение веса, причем эти колебания значительны — от 2 до 10 кг. В своих расчетах мы использовали максимальные значения веса и нормостенический тип телосложения (Мишалов В.Г., 2016).

Полученные цифровые данные исследования свертывающей и антисвертывающей системы крови у здоровых людей и у больных с ОКХ на фоне ожирения были подвергнуты статистической обработке по методике Каминского Л.С. [1964]. Полученные данные обработаны на компьютере с использованием программы Microsoft Excel. Статистическая обработка специальных исследований произведена по Стьюденту- Фишеру.

Результаты и их обсуждение. Первая степень ожирения диагностировано у 74 (7,2%) больных. Наибольшее число составили больные со второй степенью ожирения – 775 (75,0%). Больные третьей степенью ожирения составили – 184 (17,8%).

Катаральная форма ОКХ диагностирована у 163 (15,7%). Наиболее часто установлена флегмонозная форма – 661 (63,9%). Хотя гангренозная форма диагностирована у 209 (20,2%) больных, именно эта форма воспаления ЖП сопровождалась явлениями желчного перитонита, что ухудшало прогнозы лечения. Анализ клинического материала позволил констатировать высокий удельный вес деструктивных форм ОКХ на фоне ожирения.

Проведенный анализ больных ОКХ на фоне ожирения показал, что основной контингент страдал сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом – 970 (93,9%), а также из их числа у 368 (35,6%) имелось сочетание сердечно-сосудистой патологии с сахарным диабетом.

При ОКХ на фоне ожирения умеренный риск развития послеоперационных ТЭО установлены у 876 (93,3%) больных. Вместе с тем, высокий риск развития послеоперационных ТЭО диагностирован у 157 (6,7%) больных.

Исследованием свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ОКХ (деструктивные формы) на фоне ожирения по сравнению со здоровыми лицами установлено, что общесвертывающая активность крови по тесту времени свертывания и времени рекальцификации оказалась укороченной и составило соответственно $214 \pm$ сек и $84 \pm$ сек. Толерантность плазмы к гепарину была повышена и в среднем составила $452 \pm$ сек. Следовательно, общая коагулирующая активность крови у больных ОКХ на фоне ожирения значительно повышена. 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 $10,2 \pm 0,3\%$.

Полученные данные свидетельствуют, что исходное состояние показателей факторов свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ОКХ на фоне ожирения выражается в повышении общесвертывающей активности крови по 3 тестам (укорочение времени свертывания, рекальцификации плазмы, повышении толерантности плазмы к гепарину) повышении 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.

Заключение. Таким образом, при ОКХ на фоне ожирения определено нарушение свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также обосновано необходимость их учета для профилактики и лечения ТЭЛА, и других тромбоэмболических осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*К.К.Мирзаев., Э.С.Джумабаев., Д.Т.Азизов
Андижанский Государственный медицинский институт*

Проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений конечностей является актуальной. Достаточно сказать, что у раненных с нарушением целостности костей огнестрельный остеомиелит встречался 21,9 %– 60% наблюдений. Широкое применение огнестрельного оружия, привело к увеличению количества тяжелых ранений. Однако остается актуальной проблема профилактики и лечения гнойных осложнений после огнестрельных ранений.

Цель исследования – провести экспериментальное изучение фармакокинетики гентамицина при лимфотропной терапии (ЛТ) с региональной лимфостимуляцией (РЛС) в сравнении с традиционными методами введения, а также анализ результатов лечения огнестрельных переломов костей конечностей с применением экстрамедуллярного и внеочагового остеосинтеза.

Экспериментальные исследования проводились на 40 кроликах обоего пола массой 5-6 кг. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика. Для изучения фармакокинетики нами использовался гентамицин в количестве 1 мг/кг, что соответствует средне терапевтической дозе для взрослого человека.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности.

Метод лимфотропной антибиотикотерапии при использовании средней терапевтической дозы антибиотика, введенного однократно, обеспечивает по сравнению с традиционными методами более стабильное и длительное насыщение крови.

Сравнительно высокое и длительно удерживающееся содержание гентамицина в лимфатических узлах достигается при лимфотропном способе. Введенный этим способом антибиотик более продолжительное время, чем при традиционных способах, содержится в мягких тканях огнестрельной раны конечности.

Под нашим наблюдением находились больные с огнестрельными переломами костей конечностей. Возраст пострадавших колебался от 15 до 52 лет. При поступлении всем раненым проводили лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, иммунологические, цитологические исследования, рентгенография поврежденной конечности. Экстрамедуллярный остеосинтез осуществлен у 42,5% раненных (I группа), внеочаговый – у 57,5% (II группа). У 34% больных огнестрельные переломы локализовались на верхней, у 66% - на нижней конечности. Контрольную группу составили 42,5% больных и 57,5% - основную.

В контрольной группе в послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась традиционным способом, в основной – ЛА с РЛС.

В I группе предложенная методика позволила добиться заживления ран первичным натяжением у 93,8% больных. Длительность пребывания в стационаре составила $8,7 + 0,3$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $31,5 \pm 1,3$ дня ($P < 0,01$).

У 6,2% больных воспалительный процесс ограничился в пределах мягких тканей и в виде огнестрельного остеомиелита (6,2%). В контрольной группе нагноение мягких тканей отмечено у 20%, и развитие остеомиелита – у 13,3% раненных.

В комплексном лечении огнестрельных переломов у больных с обширными повреждениями мягких тканей (II группа) в основной группе мы применили внеочаговый остеосинтез и ЛА с РЛС.

Предложенная методика позволила нам 30,7% больным наложить первично-отсроченные швы на $5,1 \pm 0,3$ -и сутки. Длительность пребывания в стационаре составила $11,3 \pm 0,4$ дня. Раны в целом зажили за $16,5 \pm 0,6$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $24,9 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$). В основной группе осложнения отмечены у 7,7% больных в виде воспаления мягких тканей и остеомиелита у 3,8%. В контрольной группе нагноение мягких тканей наблюдалось у 18,5% и остеомиелит у 12,5% раненных.

Таким образом, использование ЛА и РЛС в комплексном лечении огнестрельных переломов конечностей позволило у раненных применить первичный экстрамедуллярный остеосинтез и при обширных повреждениях мягких тканей внеочаговый остеосинтез с минимальными инфекционными осложнениями.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

К.К.Мирзаев., Э.С.Джумабаев., Д.Т.Азизов
Андижанский Государственный медицинский институт

Несмотря на большой опыт эффективного применения лимфотропной терапии в лечении гнойной хирургической инфекции, встречаются лишь единичные работы,

посвящённые применению этого метода в профилактике и лечении раневой инфекции при огнестрельных ранениях.

Цель исследования – изучить экспериментальным путём возможность воздействия на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции.

Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола, весом 5-6 кг. Всем животным опытной и контрольной групп за пятнадцать минут до нанесения ранения проводили каллипсоловый наркоз, после чего их фиксировали на специальных планшетах. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика.

Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась по следующей методике. Под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности вводили раствор лидазы в количестве 16 Ед. Через 4-5 минут, не вынимая иглы, вводили антибиотик (гентамицин в дозе 1 мг/ кг). В этот же участок вводили гепарин в дозе 70 Ед./ кг. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки.

Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом на 1,3,5,7 и 9 сутки после нанесения огнестрельного ранения.

Образцы подвергнуты световой, (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии.

Полученные результаты показали, что в ранние сроки нет существенных отличий в процессе заживления ран контрольной или опытной групп.

Отличия в течении заживления ран, констатируемые как при СЭМ, ТЭМ, так и при световой микроскопии, начинают проявляться уже на 3-и сутки от начала процесса. В группе ран, где применялась лимфотерапия, в зоне комоции некротизированные мышцы подвергались значительной резорбции, появлялись гигантские многоядерные клетки, микрососуды как кровеносные, так и лимфатические. В зоне первичного некроза среди фибрина появляются отдельные круглоклеточные элементы и фибринобластоподобные клетки.

На 5-е сутки в просвете раневого канала среди прядей фибрина появляются круглоклеточные элементы с отдельными фибробластами. При сравнении результатов в группе с РЛТ отмечается, увеличение количества кровеносных и лимфатических сосудов.

Начиная с 7-х суток в группе с РЛТ по данным ТЭМ отмечается не просто расширение лимфатических капилляров, но и видно истончение цитоплазмы эндотелиоцитов с наличием мелких везикул, указывающих на усиление транспортных процессов через стенку лимфатических капилляров, что является структурным отражением стимуляции лимфатического дренажа под влиянием лимфотерапии.

На 9-е сутки появляются признаки замещения рубцовой ткани мышечной, о чём свидетельствуют участки разрастания волокнистой соединительной ткани в зоне комоции наряду с уже восстановленными волокнами.

Таким образом экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия ускоряет процесс заживления раны, начиная с 3-х суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комоции и в более отдалённых от раневого канала тканях.

**К ВОПРОСУ КРАНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ
ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА.**

*Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б, Давлатов Б.Н,
Андижанский государственный медицинский институт.*

Резюме. Декомпрессивная трепанация черепа по экстренным показаниям применяется с целью удаления травматических внутричерепных гематом, предупреждения и лечения хирургическим способом гипертензионно-дислокационного синдрома, возникающего у тяжелых больных в остром периоде черепно-мозговой травмы. После стабилизации неврологического и соматического статуса больного, проводится операция краниопластики с протективной, косметической и лечебной целями. Применение искусственных имплантов с целью устранения дефектов кости черепа снижает риск послеоперационных осложнений. Ранее использовались моделируемые биополимеры. В настоящее время для пластики обширных дефектов они применялись редко, в виду множества послеоперационных осложнений и плохого косметического результата. Появление технологии изготовления углеродных трансплантатов и компьютерного моделирования искусственных имплантов, позволило улучшить косметический результат таких операций.

Материал и методы. В исследование включены 48 больных, которым была выполнена ДТЧ в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. В последующем, после стабилизации состояния, всем была проведена краниопластика в различные сроки после перенесенной травмы. Мы проводили сравнительную оценку пола, возраста, степени тяжести больного на момент первой операции и на момент краниопластики, сроки проведения и материал для краниопластики, осложнения и вмешательства после краниопластики.

Результаты. 17 (36,9%) пациентам проведена пластика углеродным имплантатом, в 26 (56,5%) случаях титановой сеткой и в 5 (10,8%) случаях 3D имплантатом. Получен хороший косметический эффект. Ранние и поздние осложнения после проведенных оперативных вмешательств отмечены у 6 пациентов (13,0 %). У 4 (8,6%) больных осложнения носили инфекционно-воспалительный характер и у 2 (4,3%) больных отмечалось возникновение эпилептических приступов в отдаленные сроки после проведенной операции (через 2 и 6 месяцев соответственно). Приступы хорошо поддаются купированию с помощью назначения больным противосудорожных препаратов.

Заключение. Основными осложнениями краниопластики являются местные инфекционные процессы, которые наблюдаются при использовании углеродных имплантатов. При применении титановых и 3D имплантатов в наших наблюдениях осложнения не наблюдались.

**ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ
СОСТОЯНИЯХ В НЕЙРОХИРУРГИИ**

*Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Давлатов Б.Н, Ботиров Н.Т,
Джалилов Ф.Р, Абдулазизов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Актуальность. Различные травматические и нетравматические повреждения головного мозга требуют применения неотложных нейрохирургических вмешательств. Основным способом доступа к пораженному отделу головного мозга является декомпрессивная трепанация черепа.

Цель. Оценить эффективность декомпрессивной трепанации черепа при критических состояниях в нейрохирургии.

Материалы и методы. Нами обследованы 147 больных, находившиеся на лечении в нейрохирургическом отделении Республиканского центра экстренной медицинской помощи, которым выполнено 158 оперативных вмешательств по поводу экстренной нейрохирургической патологии, в том числе: 118 (74,6 %) - с тяжелой черепно-мозговой травмой, 24 (15,1 %) - с геморрагическим инсультом, 16 (10,1%) - с аневризматическими субарахноидальными кровоизлияниями. Производилась широкая декомпрессивная трепанация черепа: односторонняя лобно-височно-теменная - 141 (89,2%) пациента, двусторонняя лобно-височно-теменная - 12 (7,5 %), бифронтотемпоральная - 5 (3,1 %) пациентов.

Результаты. После проведения декомпрессивной трепанации черепа летальность составила при тяжелой черепно-мозговой травме — 15,8 % (25 больных), при геморрагических инсультах 10,7% (17 больных), при аневризматических субарахноидальных кровоизлияниях - 9,4% (15 больных). В группах контроля без проведения декомпрессивной трепанации черепа летальность составила: при тяжелой ЧМТ — 42,4 %, при геморрагических инсультах - 56,5 %, при аневризматических субарахноидальных кровоизлияниях - 43,2 %. В тоже время неврологическая дисфункция у пациентов после декомпрессивной трепанации значительно ниже и регресс неврологических нарушений происходит в большем объеме за более короткий срок.

Выводы. Расширение показаний к проведению декомпрессивной трепанации черепа обеспечивает повышение процента выживаемости пациентов с тяжелыми черепно-мозговыми травмами, снижает сроки лечения в стационаре и улучшает реабилитационный прогноз.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ.

Мирходжаева С.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

В последние годы возросла частота гистерэктомий в репродуктивном возрасте, произведённых в результате тяжёлых патологических состояний, возникающих в родах (массивная кровопотеря, септические осложнения, полиорганная недостаточность).

В результате акушерской гистерэктомии женщины молодого возраста вступают в так называемую хирургическую менопаузу.

Хирургическая менопауза – состояние, при котором у женщины искусственно прекращается менструация в результате удаления яичников или матки, а также только яичников или только матки.

Гистерэктомия у молодых женщин ведёт к резкому снижению уровня половых гормонов, возникает так называемое эстрогендефицитное состояние. Осложнения данной операции у женщин репродуктивного возраста имеют гораздо более тяжёлые последствия, так как происходит резкое выключение функции яичников, по сравнению с женщинами менопаузального возраста, у которых происходит постепенное снижение половых гормонов в результате возрастной менопаузы.

Хирургическая менопауза сопровождается целой гаммой системных изменений. Уже в течение первых месяцев после гистерэктомии у большинства больных появляются вазомоторные, нервно-психические и эндокринные нарушения.

Дефицит половых гормонов приводит к сдвигам в костном ремоделировании, когда процессы резорбции начинают превалировать над процессами формирования костного вещества, вследствие чего развивается остеопороз.

Остеопороз – системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением минеральной плотности костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани, которое приводит к хрупкости кости и увеличению риска переломов костей.

При гистерэктомии с сохранением или удалением яичников у молодых женщин происходит более выраженная преждевременная потеря минеральных веществ кости. По мнению ряда авторов, при тяжелом астенодепрессивном синдроме у пациенток с синдромом постовариэктомии даже при удаленной матке предпочтительнее использовать комбинированные препараты.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния МГТ на МПКТ у женщин репродуктивного возраста с акушерской гистерэктомией.

Мы изучили эффективность 12-месячного применения Климонорма (оральный двухфазный гормональный препарат для МГТ, содержит 2 мг эстрадиола валерат и 0,15 левоноргестрела, относящийся к производным С-19- стероиды, оказывающие слабое андрогенное воздействие) на МПКТ и маркёры костного обмена у 20 женщин с акушерской гистерэктомией без придатков (10 женщин после ампутации матки и 10 женщин после экстирпации матки). Средний возраст пациенток составил 32,2±4,3. Контрольную группу составили 10 женщин репродуктивного возраста после физиологических родов.

Перед назначением гормонотерапии проводилось всестороннее обследование женщин: детальный клинико-anamnestический анализ, обследование молочных желёз, ТФД, УЗИ половых органов. МПКТ определяли методом рентген-денситометрии и ультразвуковой остеометрии, маркёры костного ремодулирования (КЩФ, Са крови и мочи).

Результаты исследования, представленные в таблице №1, показали, что на фоне лечения произошло статистически достоверное увеличение МПКТ в компактном и губчатом веществе в обеих основных группах. Показатели МПКТ более оптимизированы у женщин с ампутацией матки по сравнению с женщинами с экстирпацией матки без придатков, что подразумевает тот факт, что оставшаяся часть матки (шейка матки), как часть органа мишени, вероятно, нивелирует возникающие метаболические нарушения в костной ткани у женщин с акушерской гистерэктомией.

Таблица №1
Динамика показателей МПКТ методом рентген-денситометрии

Зона определения	НАМ n=10			ЭМ n=10		
	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Компактное вещество мг/мм ³	87,0±4,1	94,0±1,8	96,1±0,7*	74,8±4,9	92,8±0,6**	94,0±0,5**
Губчатое вещество мг/мм ³	45,3±1,9	53,8±1,7**	55,2±1,5***	43,7±2,8	51,6±0,5*	53,5±0,1**

Примечание: * - достоверно по отношению к исходным данным (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Таблица №2
Динамика показателей МПКТ по данным ультразвуковой остеометрии

Зона определения	НАМ n=10			ЭМ n=10		
	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.	исходно	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Нижняя	3254±32	3351±29*	3526±45**	3096±94	3331±18*	3502±27**

челюсть, м/с			*			*
Ключица, м/с	3232 \pm 20	3330 \pm 10** *	3548 \pm 47** *	3162 \pm 58	3324 \pm 12*	3508 \pm 26** *
Локтевая кость, м/с	3298 \pm 28	3326 \pm 10*	3548 \pm 47** *	3283 \pm 17	3357 \pm 13**	3541 \pm 27** *
Большеберцовая кость, м/с	3244 \pm 18	3352 \pm 6***	3336 \pm 51	3203 \pm 18	3331 \pm 11** *	3511 \pm 27** *

Примечание: * - достоверно по отношению к исходным данным (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Изучение показателей МПКТ по данным ультразвуковой остеометрии показало, что через 6 месяцев после лечения скорость прохождения ультразвука в нижней челюсти составила 3351 \pm 29 м/с в 1 группе и 3331 \pm 18 м/с (P<0,05) во 2 группе; в ключице – 3330 \pm 10 (P<0,01) в 1 группе и 3324 \pm 12 во 2 группе; в локтевой кости – 3362 \pm 10 (P<0,05) в 1 группе и 3357 \pm 13 (P<0,01) во 2 группе; в большеберцовой кости – 3352 \pm 6 (P<0,001) в 1 группе и 3331 \pm 11 (P<0,001) во 2 группе.

По истечении 12 месяцев лечения скорость прохождения ультразвуковой волны в зонах определения находилось на уровне контрольных значений.

**Таблица №3
Исходные уровни кальциевого гомеостаза и КЩФ**

Параметры	Контроль n=10	НАМ n=10	ЭМ n=10
Са крови, ммоль/л	2,40 \pm 0,11	4,35 \pm 0,21***	4,62 \pm 0,19***
Са мочи, мМ/24	4,09 \pm 0,03	6,30 \pm 0,05***	6,56 \pm 0,08***
КЩФ, мкМ	0,69 \pm 0,05	1,85 \pm 0,09***	2,00 \pm 0,09***

Примечание: * - достоверно по отношению к исходным данным (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

При исследовании КЩФ и кальциевого гомеостаза выявлено, что на фоне проводимой терапии уже через 3 месяца от начала лечения уровни КЩФ достоверно снизились в 1 группе до 1,23 \pm 0,05 мкМ (P<0,01), во 2 группе – до 1,30 \pm 0,09 мкМ (P<0,01) по сравнению с исходными данными. Также к 3-му месяцу отметилось достоверное снижение уровня общего Са в крови: в 1 группе – 2,90 \pm 0,13 ммоль/л (P<0,001) и во 2 группе – 3,06 \pm 0,13 ммоль/л (P<0,001). Такая же динамика наблюдалась при исследовании общего Са в суточной моче: 1 группа – 4,20 \pm 0,03 мМ/24ч (P<0,001); 2 группа – 4,37 \pm 0,05 мМ/24ч (P<0,001).

К первому году лечения уровни кальциевого гомеостаза и КЩФ достигли значений, характерных для здоровых женщин репродуктивного возраста: в 1 группе – 0,71 \pm 0,06 мкМ, во 2 группе – 0,85 \pm 0,10 мкМ. Из вышеизложенного видно, что уже к 3-му месяцу лечения показатели общего кальция в сыворотке крови и в суточной моче и КЩФ снижаются в 1,5 раза. Биохимические маркеры костного ремоделирования и показатели кальциевого обмена являются чувствительными тестами для ранней оценки эффективности МГТ (через 3 месяца), когда рентген-денситометрия ещё неинформативна.

Заключение: таким образом, гормонотерапия оказывает выраженный блокирующий эффект на костную резорбцию у женщин с хирургической менопаузой, что лежит в основе механизма сохранения кости на фоне МГТ. Правильно подобранная МГТ оказывает комплексное благоприятное воздействие на психовегетативные

расстройства, метаболические процессы, улучшает социальную адаптацию и общее качество жизни.

Литература

- 1.СтруковВ.И.,ЕлистратовД.Г. Известные и новые технологии в лечении и профилактике остеопороза. Метод. рекомендации/ Пенза,2014;с.46.
- 2.СтруковВ.И.,КисловА.Г.,Елистратов Д.Г.и др. Персонафицированный подход в терапии остеопороза у пожилых//Врач.- 2015;6: 51-3.
- 3.Смирнов А.В. Рентгенологическая диагностика первичного остеопороза//Современная ревматология.- 2011;1:48.
- 4.Струков В.И. и др. - Влияние остеомеда форте на гормональный статус и течение остеопороза у женщин с дефицитом андрогенов в постменопаузе/Врач.-2015;с 12.

КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Михайлевич И.Е., Василевский Э.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Проблема лечения варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей (ВРПВНК) самого распространенного сосудистого заболевания среди населения трудоспособного возраста, поражающего женщин до 40-60%, мужчин – до 20-40% остаётся весьма актуальной (А.И. Кириенко, И.А. Золотукин).

Тяжелые осложнения ВРПВНК в виде варикотромбофлебита (острого и хронического), хронической венозной и лимфовенозной недостаточности, трофических язв, элиболий экземы, липодерматосклероза, лимфедемы не имеют тенденции к уменьшению.

В последние годы создалась тенденция несвоевременной диагностики, отсутствия адекватной помощи значительному контингенту больных ВРПВНК. Это обусловлено слабой осведомленностью о способах своевременной диагностики и лечения, клинических специальностей, особенно, и амбулаторной помощи.

Трудности диагностики и лечения связаны с отсутствием единого способа классификации ВРПВНК, определяющего клинические проявления, наследственность факторы риска, коррекции венозной и лимфатических нижних конечностей планирование лечения, профилактику осложнений, основанных на больных, стадий течения заболевания, мы предлагаем комплексный способ диагностики лечение, отражающий анатомо-физиологические особенности, клинические проявления, осложнения, этиологии процесса причины лечения, в зависимости от стадий для практического, применения, факторов риска больных с ВРПВНК не основанных на этиологических данных.

Предлагаем следующую варикозной болезни поверхностных вен ног, основанную на изучении многочисленных классификаций В.С.Савельева, 1972; (1995) ; экспертов в Москве, 2002; В.А.Липатова, 2003 и др., большого клинического опыта.

Разработанный способ диагностики, лечения поможет на ранних стадиях варикозной болезни предупредить прогрессирование процесса, развитие тяжелых осложнений, реабилитации. Предлагаемый способ комплексной диагностики, лечение классификации ВРПВНК у 145 больных распределён по стадиям 1 стадии 30, 2-40, 3-50, 4-25 больных это позволила своевременно назначить комплексное лечение с хорошим исходом у 85% больных, осложнений не было.

Представленный способ диагностики лечения ВРПВНК, удобный для практического и клинического применения, предложен впервые отражает стадии,

клинику, осложнения, необходимые для постановки диагноза, планирования своевременного, современных лечебных мероприятий.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТОВ

*Михайлевич И.Е., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Среди осложнений острого и хронического панкреатитов отмечается формирование кист и свищей в 21%- 39% случаев. Лечение этих осложнений (ПЖ) представляет большую проблему особенно в настоящее время. Это связано с возрастанием деструктивных форм острого панкреатита, а также травм брюшной полости. (О.Б.Милонов, К.Н.Цацанади и др, 1988, А.П.Радзиковский, С.Н.Панченко, О.Е.Бобров, 1984; В.А.Девятов, М.И.Куколева и др., 1991г ; И.Е.Михайлевич, Э. А.Василевский 1993, 2004; и др).

Диагностика и лечение кист и свищей ПЖ представляет значительные трудности, много спорных, неразрешенных вопросов. Предложено множество хирургических и консервативных методов лечения, операции трудоёмки, не отличаются эффективностью. Консервативные методы требуют длительного времени и также зачастую неэффективны.

Цель. Учитывая важную роль лимфатической терапии (ЛТ) в лечении панкреатитов а также значение лазерного излучения в процессах регенерации мы у больных с кистами и свищами ПЖ применили лимфолазеротерапию.(ЛЛТ).

Материал и методы исследования: Мы проверили лечение и наблюдение у 20 больных: из них 11 женщин, 9 мужчин, средний возраст 28 лет. Кисты и свищи на фоне деструктивных форм острого панкреатита выявлены у 10 больных, хронического панкреатита- 6, травм поджелудочной железы-4. Все больные неоднократно лечились разными методами в течение 2-4 месяцев без эффекта. Через имеющийся дренажи проводили лимфатическую терапию (ЛТ): новокаин, гепарин, фурасимид, контрикал, антибиотик, а также лазерное воздействие. Вводили световод через дренаж-низкоэнергетический, гелий- неоновый лазер, мощность на выходе 14 Вт. ЛТ проводили одновременно через забрюшинную клетчатку; через переднюю брюшную стенку полупроводниковым лазером «Милта», в зависимости от диагноза.

Обсуждение и результаты исследования: В связи с особенностями локализации большие кисты обычно иссекали, дренировали. После 2-3 сеансов ЛЛТ наряду с интенсивной традиционной терапией, у больных уменьшались боли, при наличии свища уменьшалось отделяемое, мацерация кожи. Улучшался аппетит, прекращались диспептические явления, нормализовалась температура тела. При УЗИ объёмные процессы в области ПЖ, мелкие кисты не определялись , постепенно изменяется качественный состав выделяемого секрета, он светлеет. Воспалительные изменения на коже уменьшались, а затем прекращались. Нормализуются показатели крови, мочи, биохимических исследований. На фоне улучшения общего состояния больных свищи обычно закрывались через 10-20 дней.

Выводы: Лечение кисти свищей поджелудочной железы представляет сложную медицинскую проблему. Больные с длительно незаживающими свищами, нуждаются в местной и общей интенсивной терапии. Предложенный авторами способ лимфолазеротерапии при свищах поджелудочной железы новый, эффективный должен найти широкое применение в хирургической практике наряду с традиционными методами лечения этой сложной категории больных.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*МУМИНОВ Б.Э., ИБРОХИМЖОНОВ М.Ш.
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ*

Введение. Делирий является одним из опасных осложнений у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, увеличивая продолжительность госпитализации в отделении реанимации, повышая риск развития повторных ишемических событий, эпизодов самоэкстубации, удаления катетеров и медицинских устройств.

Цель исследования. Создание математической модели прогнозирования развития делирия у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на базе Клинике АГМИ отделения анестезиологии-реаниматологии. Проведено проспективное исследование у 203 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), госпитализированных в АР за период с 10.01.2021 г. по 2.05.2022 г., и находившихся на лечении более 48 ч. Наличие и степень тяжести деменции оценивалось по шкале MMSE. Делирий диагностировался на основании данных шкалы RAAS и положительного теста САМ-ICU. Группы сравнивались между собой с определением статистической значимости различий, с последующим набором уравнений логистической регрессии.

Результаты и обсуждение. Делирий был диагностирован у 104 пациентов (23%). Все случаи делирия развивались на 1-3 сутки пребывания в АР. Были выявлены следующие статистически значимые предикторы делирия: пожилой и старческий возраст ($p<0,000$), деменция ($p<0,000$), ХБП СЗБ-5 ($p<0,000$), хронический алкоголизм ($p<0,001$), онкологические заболевания в активной стадии ($p<0,026$), постинфарктный кардиосклероз ($p<0,001$), сахарный диабет ($p<0,035$), последствия перенесенного ОНМК ($p<0,004$), никотиновая зависимость ($p<0,001$), ИВЛ ($p<0,000$), снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($p<0,000$) и застойные явления в легких ($p<0,000$).

По результатам анализа логистической регрессии было получено 4 предиктора, наиболее тесно взаимосвязанных с развитием делирия и включенных в уравнение логистической регрессии. Возраст пациентов ($p=0,000$); ФВ ЛЖ ($p=0,000$); деменция ($p=0,000$) и сахарный диабет ($p=0,000$).

Чувствительность выбранной модели прогноза развития делирия у пациентов с ОКС оказалась равна 96,1%, специфичность – 84,7%, а эффективность составила 81,5%. По данным ROC-анализа показатель AUC=0,844, что показывает высокое качество предлагаемой математической модели.

Выводы. Наиболее тесно связанными с развитием делирия предикторами развития делирия у пациентов с ОКС явились: возраст, низкая фракция выброса левого желудочка, наличие деменции и сахарный диабет. Рассчитанная математическая модель позволяет осуществлять прогноз развития делирия с диагностической эффективностью 74%.

**ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОГО
ГЕНЕЗА**

**МУМИНОВ Б.Э., ИБРОХИМЖОНОВ М.Ш.
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

Введение. Несмотря на развитие медицинских технологий, тяжелая острая дыхательная недостаточность (ОДН) остается одной из актуальных проблем современной реаниматологии. Респираторная поддержка (РП) является незаменимым методом временного протезирования функции внешнего дыхания при лечении тяжелой ОДН, однако имеет ряд отрицательных эффектов на легкие и другие органы и системы, особенно при агрессивных параметрах искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Высокопоточная оксигенотерапия (ВПО) представляет инновационную разновидность не инвазивной вентиляции легких (НИВЛ), которая все более широко используется при ОДН и позволяет избежать многие осложнения ИВЛ. Для изучения клинического потенциала ВПО и разработки наиболее эффективных алгоритмов его применения на разных этапах лечения ОДН различного генеза необходимо продолжение изучения этого метода.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности высокопоточной оксигенотерапии при паренхиматозной острой дыхательной недостаточности различного генеза.

Материалы и методы. Проспективно у 54 пациентов, пострадавших и раненых (36 мужчин, 18 женщины, возраст от 19 до 60 лет) с паренхиматозной ОДН различного генеза выполнили сравнение клинической эффективности ВПО и НИВЛ на разных этапах РП. Все обследованные пациенты были разделены на 3 группы. В группе А (n=18, 10 мужчин, 6 женщин) при манифестации ОДН РП начинали с использования масочной НИВЛ (в подгруппе А1, n=9) или ВПО с назальной канюлей (в подгруппе А2, n=10). В группе В (n=20, 14 мужчин, 8 женщин) при разрешении ОДН после экстубации РП продолжали с использованием масочной НИВЛ (в подгруппе В1, n=10) или ВПО с назальной канюлей (в подгруппе В, n=11). В группе С (n=16, 13 мужчин, 4 женщины) при разрешении ОДН у трахеостомированных пациентов отлучение от респиратора проводили с использованием традиционной оксигенотерапии (в подгруппе С1, n=9) или ВПО с трахеостомической канюлей (в подгруппе С2, n=8). Анализировали динамику показателей газообмена и биомеханики легких, частоту интубаций, реинтубаций и развития гнойно-септических осложнений, продолжительность РП, применения симпатомиметиков и лечения в отделении реанимации (ОР), летальность в ОР.

Результаты и обсуждение. У пациентов в подгруппе А2, по сравнению с А1 группы А выявили: значимо более низкую частоту интубации и проведения ИВЛ, менее частое развитие вентиляторассоциированной пневмонии (ВПО), меньшую продолжительность РП. У пациентов в группе А при сочетанном применении масочной НИВЛ и ВПО отмечали значимо более эффективный рост PaO_2/FiO_2 , снижение частоты интубации трахеи, сокращение продолжительности РП и применения симпатомиметиков, частоты развития ВАП, времени лечения в ОР. У пациентов в подгруппе В2, по сравнению с В1 группы В выявили: значимое сокращение частоты реинтубации и возобновления ИВЛ, отсутствие ВАП, сокращение продолжительности отлучения от респиратора и лечения в ОР. У пациентов в группе В при сочетанном применении масочной НИВЛ и ВПО отмечали значимо более эффективный рост PaO_2/FiO_2 , снижение частоты реинтубации, сокращение продолжительности РП. У пациентов в подгруппе С2, по сравнению с С1 группы С выявили: значимое сокращение частоты возобновления ИВЛ, отсутствие

рецидивов ВАП, значимое более высокие значения PaO_2/FiO_2 , сокращение продолжительности отлучения от ИВЛ.

Выводы. 1. У пациентов, пострадавших и раненых с паренхиматозной ОДН различного генеза использование ВПО на разных этапах РП позволяет сократить частоту интубации, реинтубаций и ВАП, уменьшить продолжительность РП и лечения в ОР без существенного влияния на летальность. 2. Сочетанное применение масочной НИВЛ и ВПО у данного контингента больных существенно увеличивает их клиническую эффективность, по сравнению с отдельным использованием этих методов. 3. ВПО является методом выбора при отлучении от респиратора трахеостомированных больных с паренхиматозной ОДН различного генеза.

Заключение. Применение ВПО позволяет увеличить клиническую эффективность лечения паренхиматозной ОДН различного генеза на разных этапах РП, особенно при его сочетанном использовании с НИВЛ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Мусаиайхов Х.Т., Мадазимов М.М., Икрамова Ф.Д., Абдуллаев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы.

Цели. У больных с диабетической стопой вследствие выраженного расстройства деятельности микроциркуляторного русла нарастающий микротромбоз препятствует полноценному воздействию на область патологии лекарственных средств введенных в общий кровоток. Исходя из этого для создания достаточной концентрации антибиотиков в заинтересованных отделах организма и в лимфатических сосудах, представляющих собой основной путь распространения микробов из первичного очага, авторы применяли региональную лимфотропную терапию (РЛАТ).

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 87 больных с сахарным диабетом (СД) у которых развились гнойно - некротические поражения стопы (ГНПС). При бактериологическом исследовании в 86 % случаев выделялись аэробно- анаэробные ассоциации, наиболее часто включавшие облигатно – анаэробные неспорообразующие бактерии, факультативно – анаэробные, анаэробные микроорганизмы. Наибольшая чувствительность отмечена к следующим антибиотикам: цефамезину, цефазолину, гентамицину, клафорану, клиндамицину, карбинициллину, метронидазолу. Всем больным проводилась РЛАТ в течении 7-8 дней 2 раза в сутки, используя при этом антибиотики, к которым отмечалась чувствительность патогенной микрофлоры. В случае обнаружения неклостридиальной анаэробной инфекции и антибиотикоустойчивой микрофлоры для промывания раны применяли 0,1 % раствор гипохлорита натрия.

Результаты. Включение в комплекс лечебных мероприятий больных СД с гнойно-некротическим поражением стопы РЛАТ оказало положительное влияние на течение заболевания. Эффект клинически проявлялся начиная с первых же дней от начала лечения. Наряду с улучшением общего состояния быстро устранялась жажда, улучшался аппетит и сон. Нормализация температуры тела, купирование болей, устранение тахикардии и одышки происходило на 2-3 сутки. Эффективное воздействие на гнойный очаг и выраженный детоксикационный эффект при таком лечении способствовал ранней компенсации углеводного обмена, которое наступило на $5,6 \pm 0,8$ сутки. В дальнейшем течение заболевания было стабильным и стало возможным управлять СД.

Выводы. Таким образом, предлагаемый комплексный метод лечения данной тяжелой категории больных позволил улучшить результаты, значительно снизить число осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ.

*Мусашихов Х.Т., Мадазимов М.М., Василевский Э.А., Косимов А.Л., Ф.Д.Икрамова.
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 – $T_{sp}O_2$.

Цель исследования. Совершенствовать выбор уровня ампутации нижних конечностей путём чрезкожного определения напряжения кислорода – $T_{sp}O_2$ 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 – $T_{sp}O_2$. Чрезкожное определение pO_2 осуществлялось с помощью оксимонитора TSM-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 T_{spO_2} 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 T_{spO_2} . Его величина более 25 мм.рт.ст. свидетельствует о правильном выборе уровня ампутации и хорошем заживлении раны, что наблюдалось у 53 больных. Показатель T_{spO_2} 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 T_{spO_2} 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 T_{spO_2} в пределах $23 \pm 1,6$ мм.рт.ст. У 10 больных с уровнем T_{spO_2} ниже 25 мм.рт.ст. наступило омертвление кожи вокруг операционной раны в результате наложения швов. Поэтому с учётом доверительного интервала уровень T_{spO_2} 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 pO_2 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.

*Мусашихов Х.Т., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А.,
Ахмадалиев С.М., Дадабаев О.Т.*

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.

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.

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Набиев Р.Р., Хакимов Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении COVID-19 ограничены. Еще меньше данных о течении и исходах хронической патологии, в том числе болезней органов пищеварения на фоне COVID-19.

Риски связаны не только с самой инфекцией или с риском декомпенсации и обострений хронических заболеваний органов пищеварения, но также с необходимостью экстренной реорганизации медицинской службы, чтобы справиться со всеми проблемами в условиях пандемии.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения гастроинтестинальных осложнений у пациентов с подтвержденной инфекцией COVID-19.

Материал и методы исследования. Изучены абдоминальные осложнения COVID-19 у госпитализированных 205 больных с идентифицированным вирусом COVID-19 в инфекционном госпитале с хирургическими возможностями с марта 2020 по март 2021 года. Общее количество больных с COVID-19 было 1081.

Результаты исследования. У пациентов с COVID-19 выделяют, так называемые, «наиболее распространенные» и «менее распространенные» симптомы.

Наиболее распространенными симптомами новой коронавирусной инфекции считаются лихорадка, кашель, одышка, миалгия и утомляемость.

Из менее распространенных симптомов к пищеварительной системе относятся такие симптомы, как потеря вкуса и обоняния, анорексия, диарея, тошнота/рвота, боль в брюшной полости.

Потеря вкуса и низкое восприятие запахов являются весьма характерными признаками заболевания. В ряде стран эти симптомы наблюдались у $\frac{2}{3}$ зараженных пациентов. Внезапная и полная потеря вкуса или обонятельной функции, без заложенности носа, у пациента с другими симптомами, такими как кашель или лихорадка, должна рассматриваться в качестве весомого аргумента в пользу диагностики инфекции SARS-CoV-2.

Установлено, что COVID-19 может начаться не с кашля и повышенной температуры, а с тошноты и диареи. По данным большинства зарубежных исследователей, значительная часть пациентов госпитализируется с гастроинтестинальными симптомами (26—50,5%). Снижение аппетита в дебюте заболевания отмечается у $\frac{3}{4}$ больных. Метаанализ свидетельствует, что снижение аппетита зачастую достигает выраженности анорексии. Диарея присутствовала у трети больных, рвота — лишь в 3,9%. Имеются данные о возможности развития

изолированной диарее, предшествующей кашлю и лихорадке. У большинства пациентов гастроинтестинальная симптоматика сочетается с бронхопульмональной. Изолированные гастроинтестинальные симптомы, как правило, сочетаются с лихорадкой.

В большинстве наблюдений подчеркивается, что абдоминальная боль в начале болезни встречается весьма редко (не более чем у 3% пациентов).

Вывод. В заключение можно отметить, что для профилактики гастроинтестинальных осложнений COVID-19 глюкокортикоиды и ингибиторы интерлейкинов необходимо назначать по показаниям без превышения доз, а для ранней диагностики и своевременного лечения этих осложнений необходимо применять более точные методы инструментальной диагностики, такие как КТ, МРТ брюшной полости и лапароскопия.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Назиров Ф.Г. Акбаров М.М. Нишанов М.Ш. Эгамов Б.Ю.
ГУ РСНПМЦХ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА*

Актуальность: К числу основных показателей эффективности оперативного лечения больных с кистами ПЖЖ относятся частота рецидива заболевания и социально-трудовая реабилитация больных. В литературе указано, что отдаленные результаты хирургического лечения при кист, ПЖЖ, особенно осложненных форм, изучены недостаточно.

Материалы и методы: Для объективности оценки результатов хирургического лечения при кистах ПЖЖ наряду с клиническим обследованием больных в отдаленном периоде, проводили анкетирование. При невозможности приезда больного запрашивали результаты амбулаторного обследования по месту жительства (УЗИ, выписки, эпикризы и анкеты). Из 105 больных с кистами ПЖЖ выписан 101 пациент. Всего обследовано 83 (82.2%) пациента. Обследование и анкетирование проводили через 1 и 3 года. Особое внимание обращали на клиническое состояние больного, наличие рецидива кисты, признаков хронического панкреатита, состояние внешне- и внутрисекреторной функции ПЖЖ, учитывали социальную и трудовую реабилитацию. Общее состояние больного оценивали по динамике изменения массы тела соблюдению режима питания, с учётом заключений врачей - гастроэнтерологов и эндокринологов.

Выздоровление пациента регистрировали по следующим критериям:

- отсутствие жалоб;
- отсутствие рецидива кисты или наружного панкреатического свища, подтвержденные специальными методами обследования;
- не соблюдение строгой диеты;
- трудоспособность.

Критериями улучшения общего состояния были:

- жалоб на периодические боли в верхних отделах живота, ограничивающие трудоспособность;
- отсутствие рецидива кисты или наружного панкреатического свища;
- развитие легкой степени СД.

Неудовлетворительным признавался результат при рецидиве кисты, формировании наружного панкреатического свища, возникновении вторичного СД, требующего систематического лечения, приступах хронического рецидивирующего панкреатита.

После традиционного дренирования полости кист ПЖЖ выписаны 63 из 65 больных. В отдаленном периоде обследованы 52 (83,9%) пациента.

У 2 (3,8%) больных рецидивирующий панкреатический свищ периодически, с интервалом в один месяц открывался на кожу, со временем самостоятельно закрывался. На фоне консервативного лечения и строгой диеты удлинялись промежутки между прорывами свища на кожу. Полностью свищ закрылся через год после операции. Несмотря на развитие вторичного СД, больной сохранил трудоспособность.

Через год после выписки у 3 (5,8%) пациентов обнаружен рецидив кисты ПЖЖ (рис. 4.3). По данным УЗИ, размер кисты составил 5×4 см, с четкими контурами и однородным жидкостным содержимым, без секвестров. Стенки кисты имели выраженную фиброзную капсулу. В клинике выполнили пункционное дренирование кисты с ее облитерацией в дальнейшем. В процессе наблюдения за пациентами в течение 2 лет рецидив кисты не был отмечен.

В случаях необходимости госпитализации пациента выполняли комплекс лабораторных методов диагностики, по показанием инструментальные и лучевые методы исследования (рентген желудка и ДПК, ЭГДФС).

Результаты исследования: У 5 (9,6%) пациентов рецидив кисты ПЖЖ возник через 2 года. По данным УЗИ, кисты представляли собой полость размерами 2.5×3 см., имели продолговатую форму с неровными контурами с жидкостным или без жидкостного компонента. Общее состояние больных не ухудшалось, они выполняли обычную работу. Из-за небольших размеров кист оперативное лечение не применяли. В течение 6 месяцев кисты уменьшились в размерах до полной облитерации.

Частота рецидива заболевания после наружного дренирования полости кисты ПЖЖ составила 15,4% (8 из 52).

У 7 (13,5%) пациентов в течение 3 лет после операции развился хронический панкреатит с явлениями стеатореи и вторичного СД, не требующих систематического лечения.

У 8 (15,4%) пациентов отмечались боли опоясывающего характера после приема пищи с явлениями хронического панкреатита, снижением толерантности к глюкозовому тесту. Больным производили консервативную симптоматическую и заместительную терапию с компенсацией экскреторной и инкреторной функции ПЖЖ.

При обследовании через 3 года у 6 (11,5%) пациентов развился вторичный СД легкой степени тяжести. На фоне диеты и пероральных сахароснижающих препаратов достигли нормогликемии. Все пациенты прибавили в весе, смогли вернуться к профессиональным обязанностям,

Частота развития вторичной эндокринной дисфункции ПЖЖ после хирургического лечения больных кистами ПЖЖ составила 40,4% (21 из 52).

анкетирования и обследования показали удовлетворительное состояние пациентов, лишь 3 (12,0%) больных, 2 из которых выполнили кистогастростомию, 1-кистодуоденостомию, наблюдали периодические боли в верхних отделах живота после погрешностей в диете. При соблюдении режима питания боли купировались без госпитализации больных. Рецидив кисты ПЖЖ отмечен у 1 (4,0%) больного, разрешенный консервативными мероприятиями. Все больные после внутреннего дренирования кист ПЖЖ в отдаленном периоде были трудоспособны.

Вывод: Таким образом, наилучшие результаты получены после операций внутреннего дренирования. Однако эти вмешательства сопряжены с риском послеоперационных осложнений и не всегда выполнимы. Поэтому операцией выбора следует считать наружное дренирование. Перспективны малоинвазивные методы лечения при соблюдении показаний к их применению.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НАЗЫРОВ Ф.Г, ЭГАМОВ Б.Ю.
ГУ РСНПМЦХ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА

Кистозные поражения поджелудочной железы составляют 0,3% абдоминальной хирургической патологии. Жидкостное образование в ткани самой железы или в парапанкреатической клетчатке является кистой поджелудочной железы (ПЖ) [kistomata pancreatitis]. Данная патология встречается у взрослых и детей. Частота кист и кистозных образований поджелудочной железы неуклонно возрастает. Это обусловлено многими факторами: повышением заболеваемости острым панкреатитом, увеличением частоты травматичных повреждений поджелудочной железы, увеличением заболеваемости деструктивным панкреатитом различной этиологии. В монографиях Ancelet (1866), Fridrich (1878) изложены первые классификации кистозных поражений поджелудочной железы.

В 1862 году Le Dentu реализовал наружное дренирование кистозного образования поджелудочной железы. В 1882 году Gussenbauer подробно описал методику марсупиализации. Техника данного хирургического вмешательства не утратила значение в современном мире.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с осложненными постнекротическими кистами поджелудочной железы на основе совершенствования диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения пациентов с осложненными постнекротическими кистами ПЖЖ. С 2008 по 2020 год в ГУ «РСНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова» получили лечение 105 пациентов с кистами ПЖЖ.

Результаты исследования: По локализации в половине случаев кисты захватывали часть тела и хвоста ПЖЖ. Характер стенки интраоперационно определен как плотная капсула в 45,8% случаев, в остальных – соединительнотканная стенка кисты ПЖЖ была тонкой. У 9 пациентов нагноение кист наступило в течение 3 - 6 месяцев их формирования, 15 больных обратились в стационар позже 6 месяцев.

У 6 (25,0%) больных полость кисты была связана с главным протоком ПЖЖ. В 3 (12,5%) случаях выполнили кисто-энтероанастомоз, в 2 (8,3%) – кистогастроанастомоз. В 1 (4,2%) случае с подозрением на опухоль выполнили дистальную резекцию железы. В 18 случаях применили традиционные методики лечения с наружным дренированием и/или тампонированием полости кисты.

Наружное дренирование кист ПЖЖ 18 пациентам выполнили в связи с вовлечением прилегающих к железе тканей в патологический процесс. Клиническим показанием стал синдром эндогенной интоксикации.

Всего по группе осложнения отмечены у 8 (33,3%) пациентов. В структуре осложнений преобладали легочные (7; 29,2%) – левосторонняя нижнедолевая пневмония и реактивный плеврит.

Рецидив нагноения кисты ПЖЖ диагностирован у 2 (8,3%) пациентов после наружного дренирования. В этих же случаях отмечено образование наружных панкреатических свищей, частота которых в общем по группе составила 12,5% (3 из 24).

Легочные осложнения в виде пневмонии у 3 больных были разрешены адекватной антибактериальной и противовоспалительной терапией, сеансами бронхоскопической санации трахеобронхиального дерева, по мере стихания патологического процесса в сальниковой сумке. 4 больным с реактивным плевритом выполнены плевральные пункции с эвакуацией серозной жидкости.

В 1 (4,2%) случае в раннем послеоперационном периоде возникло аррозивное кровотечение из мелки ветвей селезеночной вены. Больной оперирован повторно (тугая тампонада полости кисты) и выписан в удовлетворительном состоянии. У 5 больных развились нескольких осложнений. 3 из них выполнены реоперации в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса в кисте вследствие неадекватного объема операции и дренирования (1 больной после резекции ПЖЖ) и рецидива нагноения кисты ПЖЖ (2 больных). При повторных хирургических вмешательствах выполняли санации полости кисты ПЖЖ, некрсеквестрэктомию и дренирование трубчатыми дренажами с активным проточно-аспирационным лаважем.

У 3 больных развились наружные панкреатические свищи. Во всех случаях удалось добиться закрытия свищей консервативными мероприятиями.

Летальность в группе больных с нагноившимися кистами ПЖЖ составила 4,2%. 1 больной умер от печеночно-почечной недостаточности, развившейся на фоне прогрессирования гнойного панкреатита и сепсиса.

Выводы: Анализ результатов хирургического лечения при кистах ПЖЖ с нагноением показал, что операции наружного дренирования позволяют сократить частоту и смягчить тяжесть ранних послеоперационных осложнений и реопераций. Радикальное хирургическое вмешательство может стать операцией выбора при нагноении кисты ПЖЖ только при компенсации общего состояния больного квалификации хирургов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ КИСТАХ ПЖЖ

НАЗЫРОВ Ф.Г, ЭГАМОВ Б.Ю.

Андижанский Государственный медицинский институт

Кистозные поражения поджелудочной железы составляют 0,3% абдоминальной хирургической патологии. Жидкостное образование в ткани самой железы или в парапанкреатической клетчатке является кистой поджелудочной железы (ПЖ) [kistomata pancreatitis]. Данная патология встречается у взрослых и детей. Частота кист и кистозных образований поджелудочной железы неуклонно возрастает. Это обусловлено многими факторами: повышением заболеваемости острым панкреатитом, увеличением частоты травматичных повреждений поджелудочной железы, увеличением заболеваемости деструктивным панкреатитом различной этиологии, В монографиях Ancelet (1866), Fridrich (1878) изложены первые классификации кистозных поражений поджелудочной железы.

В 1862 году Le Dentu реализовал наружное дренирование кистозного образования поджелудочной железы. В 1882 году Gussenbauer подробно описал методику марсупиализации. Техника данного хирургического вмешательства не утратила значение в современном мире.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с осложненными постнекротическими кистами поджелудочной железы на основе совершенствования диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения пациентов с осложненными постнекротическими кистами ПЖЖ. С 2008 по 2020 год в ГУ «РСНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова» получили лечение 105 пациентов с кистами ПЖЖ.

Результаты исследования: По локализации в половине случаев кисты захватывали часть тела и хвоста ПЖЖ. Характер стенки интраоперационно определен как плотная капсула в 45,8% случаев, в остальных – соединительнотканная стенка

кисты ПЖЖ была тонкой. У 9 пациентов нагноение кист наступило в течение 3 - 6 месяцев их формирования, 15 больных обратились в стационар позже 6 месяцев.

У 6 (25,0%) больных полость кисты была связана с главным протоком ПЖЖ. В 3 (12,5%) случаях выполнили кисто-энтероанастомоз, в 2 (8,3%) – кистогастроанастомоз. в 1 (4,2%) случае с подозрением на опухоль выполнили дистальную резекцию железы. В 18 случаях применили традиционные методики лечения с наружным дренированием и/или тампонированием полости кисты.

Наружное дренирование кист ПЖЖ 18 пациентам выполнили в связи с вовлечением прилегающих к железе тканей в патологический процесс. Клиническим показанием стал синдром эндогенной интоксикации.

Всего по группе осложнения отмечены у 8 (33,3%) пациентов. В структуре осложнений преобладали легочные (7; 29,2%) – левосторонняя нижнедолевая пневмония и реактивный плеврит.

Рецидив нагноения кисты ПЖЖ диагностирован у 2 (8,3%) пациентов после наружного дренирования. В этих же случаях отмечено образование наружных панкреатических свищей, частота которых в общем по группе составила 12,5% (3 из 24).

Легочные осложнения в виде пневмонии у 3 больных были разрешены адекватной антибактериальной и противовоспалительной терапией, сеансами бронхоскопической санации трахеобронхиального дерева, по мере стихания патологического процесса в сальниковой сумке. 4 больным с реактивным плевритом выполнены плевральные пункции с эвакуацией серозной жидкости.

В 1 (4,2%) случае в раннем послеоперационном периоде возникло аррозивное кровотечение из мелкой ветвей селезеночной вены. Больной оперирован повторно (тугая тампонада полости кисты) и выписан в удовлетворительном состоянии. У 5 больных развились нескольких осложнений. 3 из них выполнены реоперации в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса в кисте вследствие неадекватного объема операции и дренирования (1 больной после резекции ПЖЖ) и рецидива нагноения кисты ПЖЖ (2 больных). При повторных хирургических вмешательствах выполняли санации полости кисты ПЖЖ, некрэксвестрэктомию и дренирование трубчатыми дренажами с активным проточно-аспирационным лаважем.

У 3 больных развились наружные панкреатические свищи. Во всех случаях удалось добиться закрытия свищей консервативными мероприятиями.

Летальность в группе больных с нагноившимися кистами ПЖЖ составила 4,2%. 1 больной умер от печеночно-почечной недостаточности, развившейся на фоне прогрессирования гнойного панкреатита и сепсиса.

Выводы: Анализ результатов хирургического лечения при кистах ПЖЖ с нагноением показал, что операции наружного дренирования позволяют сократить частоту и смягчить тяжесть ранних послеоперационных осложнений и реопераций. Радикальное хирургическое вмешательство может стать операцией выбора при нагноении кисты ПЖЖ только при компенсации общего состояния больного квалификации хирургов

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ
НА ПИЩЕВОДЕ.

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Омонов Р.Р.,
Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Авалбоев Ж.М.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова» (г. Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Наиболее грозными послеоперационными осложнениями остаются специфические, к которым относятся некроз трансплантата и недостаточность пищеводных анастомозов (ПА), от частоты развития которых напрямую зависит уровень летальности, которая колеблется от 3 до 25%.

Цель: Изучить характер послеоперационных осложнений после экстирпации пищевода (ЭП) с одномоментной гастропластикой.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 258 больных с различными заболеваниями пищевода, которым выполнена ЭП с одномоментной эзофагогастропластикой с формированием внеполостного ПА на шее.

Разработан усовершенствованный способ формирования гастротрансплантата, суть которого заключается в сохранении двух питающих сосудов: правой желудочно-сальниковой и правой желудочной артерии с сохранением антрума, служащий резервуаром, который обеспечивает порционно-ритмичный тип эвакуации. Поэтапно создается изоперистальтическая трубка из большой кривизны желудка с использованием прецизионной техники при ушивании малой кривизны: раздельное аппаратное сшивание слизисто-подслизистого слоя и ручные узловое перитонизирующие швы на серозно-мышечный слой желудка, благодаря чему удается удлинить трансплантат на 7см, т.к. не происходит его деформация.

Контрольная группа – 79 пациентов (1991 по 2000), с традиционным методом формирования трансплантата. Основная группа – 181 пациент (2001 по 2020), у которых использован усовершенствованный метод.

Результаты и обсуждение: Послеоперационные осложнения нами объединены в несколько основных групп: бронхолегочные у 111(43%), специфические у 63(24,4%), гнойно-воспалительные у 43(16,6%), сердечно-сосудистые у 24(9,3%), тромбоэмболические у 14(5,4%), кровотечение у 7(2,7%). Сравнительный анализ непосредственных результатов показал, что в основной группе пациентов без осложнений было 82%, что достоверно ($p < 0.001$) больше, чем в контрольной группе – 12,5%.

Летальный исход наступил у 27(10,4%) больных. Сравнительный анализ частоты летальных исходов в контрольной и основной группах показал достоверное ($\chi^2=5.277$, $p=0.02161$) снижение фатальных результатов с 17,7% до 7,5%.

Заключение: Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой является наиболее сложным и травматичным вмешательством среди остальных реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе, послеоперационные осложнения которых целесообразно объединять в несколько групп.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С.,
Омонов Р.Р., Цой А.О., Жумабоев Ж.Ж.
ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» Ташкент, Узбекистан*

Цель: Провести анализ неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода (ПРСП).

Материал и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ им. акад. В.Вахидова 487 больным с ПРСП выполнены различные варианты лечения: бужирование пищевода (БП) по струне - 399(81,9%); эндоскопическое бужирование - 28(5,7%); эндоскопическое стентирование - 25(5,1%) и гидробаллонная дилатация - 35(7,2%) пациентам.

Результаты и обсуждение: Анализ результатов БП показал, что хорошие результаты получены у 168(42,1%) больных, удовлетворительные результаты у 43(10,8%) и неудовлетворительные - у 188(47,1%) пациентов. Однако такие абсолютные данные нельзя рассматривать без учета протяженности стриктуры. Распределение больных по протяженности стриктуры было следующим: короткие (до 3 см) у 22(5,5%), протяженные (4-9см) у 145(36,3%), субтотальные (10-15см) у 131(32,8%) и тотальные (свыше 16см) у 101(25,3%) больного.

У больных с короткими стриктурами число хороших результатов достигло 86,4%, удовлетворительные - у 3(13,6%), при этом ни в одном случае не было неудовлетворительных результатов. У пациентов с протяженными стриктурами число хороших результатов уменьшилось до 71,7% больных, удовлетворительный результат получен у 14,5% и число неудовлетворительных результатов увеличилось до 13,8%. Из 131 больных с субтотальными стриктурами пищевода отмечается уменьшение количества хороших результатов до 27,5%, а число неудовлетворительных результатов резко возросло до 63,4%. У пациентов с тотальными стриктурами только в 8,9% случаев получен хороший результат, а количество неудовлетворительных результатов достигло 84,2%. Таким образом, четко прослеживается разница в эффективности БП в зависимости от протяженности стриктуры ($\chi^2=158.5$, $df=6$, $p<0.05$).

У 20(13,8%) пациентов с протяженными стриктурами (n=145), в 20 случаях получен неудовлетворительный результат: у 3 пациентов наступила перфорация после бужирования, у 1 отмечался выраженный болевой синдром на фоне обострения эзофагита, у 4 больных не удалось дальнейшее бужирование более №24, 3 пациентов отказались от дальнейшего бужирования и у 9 пациентов вообще не удалось провести бужирование даже №14.

В группе больных с субтотальными стриктурами (n=131) неудовлетворительный результат получен у 83(63,4%). Так в 1 случае после БП наступило непроникающее повреждение пищевода, в связи с чем проведено консервативное лечение с наложением гастростомы, а у 2 пациентов с проникающей травмой после бужирования пришлось прибегнуть к хирургическому лечению. В 6 случаях не удалось завершить адекватное бужирование из-за извитости стриктуры (выполнено бужирование только до №22-24), у 1 пациента отмечался выраженный болевой синдром и 2 пациентов категорически отказались от продолжения сеансов бужирования. В 60 случаях не удалось выполнить даже один сеанс бужирования, а у 11 больных выполнение БП расценено как невозможное из-за высокого риска перфорации.

У больных с тотальными стриктурами (n=101) количество неудовлетворительных результатов возросло до 84,2%. При этом в 4 случаях не удалось завершить курс бужирования, т.к. далее не прошел буж №28. В 39 случаях попытки

бужирования были безуспешны, а у 42 больных бужирование было невозможно, в связи с высоким риском перфорации пищевода.

Заключение: БП остается наиболее распространенным методом инструментального лечения больных с ПРСП. Число неудовлетворительных результатов БП напрямую зависит от протяженности рубцовой стриктуры

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПУТЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБОМ

Нишанов М.Ф., Алибоев М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, и на их долю приходится большая часть обращений к эндокринологу. Некоторые авторы предлагают выполнять органосохраняющие вмешательства для профилактики послеоперационного гипотиреоза (ПОГ), другие исследователи являются сторонниками радикальных операций, отмечая, что, несмотря на локальность проявлений, коллоидный пролиферирующий зоб у пациента является заболеванием всего органа. Неоднозначность мнений, затрагивающих перечисленные выше вопросы, и послужила основанием для проведения настоящей работы.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы, основанного на аутотрансплантации щитовидной железы во время операции.

Материалы и методы. Основой работы послужило проспективное контролируемое исследование, в которое были включены 86 пациентов, находившихся на лечении в на базе кафедры хирургии АндГосМИ за период с 2014 по 2019 г. Мужчин было 18 (7,3%), женщин - 68 (92,7%). Возраст больных - 16-79 лет, в среднем - $48,3 \pm 12,9$ лет. По показаниям осуществляли компьютерную томографию средостения и сцинтиграфию ЩЖ с пертехнетатом Tc^{99m} . Всем больным была проведена дифференцированная предоперационная подготовка с анализом прогностических критериев.

При выборе объема операции у пациентов с диффузным токсическим зобом мы использовали следующие прогностические критерии исходов хирургического лечения: возраст пациентов, продолжительность заболевания, длительность терапии тиреостатиками, эффективность терапии тиреостатиками, уровень антител к тиреопероксидазе.

Результаты и их обсуждение. При хирургическом лечении больных с ДТЗ для профилактики послеоперационного гипотиреоза нами во всех случаях проводилась аутотрансплантация ЩЖ.

Предложенный способ осуществлялся следующим образом: При выполнении аутотрансплантации ткани ЩЖ после выполнения тиреоидэктомии или субтотальной резекции ЩЖ с сохраняли 2 см² тиреоидной ткани. После получения результатов цитоморфометрии, трансплантируемые фрагменты измельчались путём нанесения продольных и поперечных разрезов, помещались в пространство между грудинощитовидными и грудшо-подъязычными мышцами и фиксировались узловыми швами.

На основании полученных данных принято решение о целесообразности сохранения в ходе операции с аутотрансплантацией тиреоидной ткани. Поэтому 59 пациентам была выполнена субтотальная субфасциальная струмэктомия с АТЩЖ, 8 больным интра- фасциальная ТЭ, а 19 больным - с сохранением незначительного

количества тиреоидной ткани в области трахеопищеводной борозды с обеих сторон от трахеи.

В послеоперационном периоде у 10 больных наблюдалось гипотиреоз, который компенсирован назначением заместительной терапии левотироксином натрия в дозе $1,5 \pm 0,3$ мкг/кг в сутки. Рецидива заболевания не отмечено.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору объёма операции, основанный на тщательной дооперационной диагностике, совокупном анализе прогностических критериев, интраоперационной цитоморфометрии тиреоидной ткани, а также применение новых методов хирургических вмешательств позволили улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.

Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Наиболее частым специфическим осложнением независимо от характера операции является развитие клинически значимого анастомозита с нарушением эвакуаторной функции культи желудка. По данным обзора по факту частоты развития постгастрорезекционного анастомозита, частота этого осложнения колеблется от 5 до 61,5%.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения и профилактика ранних послеоперационных осложнений, путем внедрения лазерных технологий.

Материалы и методы. В материал нашего исследования было включено 131 больных, пролеченных с анастомозитами в хирургическом отделении №3 на базе кафедры хирургических заболеваний АндГосМИ. Все больные разделены на две группы. Группу сравнения составили 73 больных, у которых реабилитационная программа основывалась на стандартных мероприятиях. Основную группу составили 58 больных, которым в комплекс послеоперационной реабилитации включены методики лазерного воздействия на зону оперативного вмешательства, а также интраоперационное зондирование по предложенному способу и при выполнении иссечения применена авторская методика операции.

Результаты и обсуждение. Предложенные на фоне стандартных рекомендаций интра- и послеоперационные мероприятия позволили увеличить в основной группе частоту послеоперационного «физиологического» анастомозита в сроки до 6-7 суток после операции с 68,5% (у 50 пациентов в группе сравнения) до 89,7% (у 52 из 58 больных). Средняя степень тяжести анастомозита верифицирована у 19 (26%) и 6 (10,3%) пациентов соответственно, тогда как тяжелая степень развилась только в группе сравнения у 4 (5,5%) больных. Соответственно была отмечена и более низкая частота клинических проявлений. Так, явления тошноты отмечали 8 (11%) пациентов группы сравнения, тогда как в основной группе только 3 (5,2%). Периодическая рвота была у 5 (6,8%) и 1 (1,7%) пациентов соответственно. Болевая симптоматика к 7 суткам сохранялась у 12,3% (9) в группе сравнения и у 3,4% (2) в основной группе. Контрольная эндоскопия на 7-8 сутки в связи с развитием клинически значимого анастомозита была произведена 37 больным в группе сравнения и только 8 больным в основной группе. Наиболее часто по форме выраженности воспаления верифицировалась катарально-отечная степень – 28 (75,7%) в группе сравнения и 7 (87,5%) в основной группе. В 8 (21,6%) и 1 (12,5%) случаях соответственно определена эрозивно-фибринозная форма. Язвенно-некротическая форма выявлена у 1 (2,7%) пациента в группе сравнения.

В целом у 6 (8,2%) пациентов в группе сравнения (после РЖ по Б-I – 3; РЖ по Б-II – 1 и иссечения язвы - 2) и только у 1 (1,7%) больного в основной группе (после РЖ по Б-I) клинико-эндоскопически отмечено развитие клинически значимого анастомозита в ближайший период.

Выводы. Таким образом, включение в комплексную программу ранней реабилитации после хирургического лечения осложненной ЯБ ДПК предложенной методики лазерного воздействия позволило снизить частоту развития клинически значимого анастомозита с 8,2% (у 6 пациентов в группе сравнения) до 1,7% (у 1 пациента в основной группе) и в целом специфических осложнений, потребовавших проведение дополнительных мероприятий с 13,7% (у 10 пациентов) до 3,4% (у 2 больных), увеличить долю физиологического течения послеоперационного периода уже к 7 суткам с 49,3% (36 пациентов) до 86,2% (у 50 больных).

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПУТЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБОМ

Нишанов М.Ф., Алибоев М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время по своей распространенности занимают первое место в структуре эндокринной патологии, и на их долю приходится большая часть обращений к эндокринологу. Некоторые авторы предлагают выполнять органосохраняющие вмешательства для профилактики послеоперационного гипотиреоза (ПОГ), другие исследователи являются сторонниками радикальных операций, отмечая, что, несмотря на локальность проявлений, коллоидный пролиферирующий зоб у пациента является заболеванием всего органа. Неоднозначность мнений, затрагивающих перечисленные выше вопросы, и послужила основанием для проведения настоящей работы.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы, основанного на аутотрансплантации щитовидной железы во время операции.

Материалы и методы. Основой работы послужило проспективное контролируемое исследование, в которое были включены 86 пациентов, находившихся на лечении в на базе кафедры хирургии АндГосМИ за период с 2014 по 2019 г. Мужчин было 18 (7,3%), женщин - 68 (92,7%). Возраст больных - 16-79 лет, в среднем - $48,3 \pm 12,9$ лет. По показаниям осуществляли компьютерную томографию средостения и сцинтиграфию ЩЖ с пертехнетатом Tc^{99m} . Всем больным была проведена дифференцированная предоперационная подготовка с анализом прогностических критериев.

При выборе объема операции у пациентов с диффузным токсическим зобом мы использовали следующие прогностические критерии исходов хирургического лечения: возраст пациентов, продолжительность заболевания, длительность терапии тиреостатиками, эффективность терапии тиреостатиками, уровень антител к тиреопероксидазе.

Результаты и их обсуждение. При хирургическом лечении больных с ДТЗ для профилактики послеоперационного гипотиреоза нами во всех случаях проводилась аутотрансплантация ЩЖ.

Предложенный способ осуществлялся следующим образом: При выполнении аутотрансплантации ткани ЩЖ после выполнения тиреоидэктомии или субтотальной резекции ЩЖ с сохраняли 2 см[^] тиреоидной ткани. После получения результатов цитоморфометрии, трансплантируемые фрагменты измельчались путём нанесения

продольных и поперечным разрезом, помещались в пространство между грудинощитовидными и грудшо-подъязычными мышцами и фиксировались узловыми швами.

На основании полученных данных принято решение о целесообразности сохранения в ходе операции с аутотрансплантацией тиреоидной ткани. Поэтому 59 пациентам была выполнена субтотальная субфасциальная струмэктомия с АТЦЖ, 8 больным интра- фасциальная ТЭ, а 19 больным - с сохранением незначительного количества тиреоидной ткани в области трахеопищеводной борозды с обеих сторон от трахеи.

В послеоперационном периоде у 10 больных наблюдалось гипотиреоз, который компенсирован назначением заместительной терапии левотироксином натрия в дозе $1,5 \pm 0,3$ мкг/ кг в сутки. Рецидива заболевания не отмечено.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору объёма операции, основанный на тщательной дооперационной диагностике, совокупном анализе прогностических критериев, интраоперационной цитоморфометрии тиреоидной ткани, а также применение новых методов хирургических вмешательств позволили улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения пациентов с доброкачественными заболеваниями ЩЖ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Нишинов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Бозоров Н.Э.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность: Всего в мире в 2017 году насчитывалось 10,6 миллиона человек с диагнозом декомпенсированный цирроз и 112 миллионов человек с компенсированным циррозом, умерли 1,32 миллиона человек. В РФ заболеваемость циррозом составляла 2252,7 случая на 1000 тыс. населения, т.е. более 4,5 миллионов человек. Мужчины составляют более 60% пациентов с хроническим заболеванием печени и циррозом.

Цель исследования. Оптимизировать лечебно-профилактические мероприятия при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени.

Материал и методы исследования. В период от 2018 года до 2021 года в отделении 3 хирургии и эндоскопии АГМИ у 104 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода выполнено 116 эндоскопических лигирований. Все пациенты находились на обследовании и лечении в отделении гепатологии и 3-й хирургии клиники 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 48 года (min 20 - max 68), из них мужчин было 56 (53,9 %), женщин – 48 (46,1%).

При этом у 28 (26,9 %) пациента в анамнезе уже было кровотечение из ВРВ пищевода. В 6 (5,8%) наблюдениях лигирование выполнено после эндоскопической констатации продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Выполнение лигирования вен на высоте кровотечения считали нецелесообразным. Всем пациентам первым этапом лечения проводился временный гемостаз с использованием зонда Сенгстакена-Блэкмора, инфузионная терапия с восстановлением объема циркулирующей крови, вазопрессорная терапия, направленная

на снижение давления в системе воротной вены, неселективный “β” блокатор, блокатор протеазы - сандостатин, ингибитор протонной помпы и блокатор H₂-рецепторов с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода эндоскопического гемостаза.

Результаты исследования. В двух наблюдениях отмечались интраоперационные кровотечения, обусловленные соскакиванием наложенной лигатуры (2) и травмой вены краем лигирующего колпачка (2). Оба осложнения устранены повторным лигированием с вовлечением источника кровотечения и не потребовали изменения лечебной тактики. У пациентов с наличием загрудинной боли назначали препараты группы НПВС. Болевой синдром обычно купировался к вторым - третьим суткам. Средний койко-день составил 2 дня. Повторный эндоскопический осмотр в ранние сроки после операции (до 10 дней) считали нецелесообразным. Более того, считаем, что оно провоцирует риск развития кровотечения, т.к. приходится на пик эрозивно-язвенного поражения, обусловленного отхождением лигатур. Контрольная ЭГДС назначалась с интервалом 1 раз в 3 месяца и при наличии новых стволов варикозных вен проводились повторные лигирования. Всего 6 (5.8%) пациентам из группы наблюдения потребовались повторные лигирования (3 раз за период наблюдения). У 6 (2.8%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились кровотечения из ВРВ (3 дней послеэндоскопическом остонавка). В настоящее время все пациенты, которым выполнено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода, находятся под динамическим наблюдением специалистов-гепатологов отделения гепатологии с проведением мониторинга выраженности портальной гипертензии.

Выводы. Таким образом эндоскопическое лигирование можно использовать как способ профилактики развития кровотечения из ВРВ пищевода и желудка в качестве самостоятельной и лечения жизнеугрожающих кровотечений портального генеза.

"ГЛАЗНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПЛЕНКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДОСТАВКИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ"

Ниязова З.А.,

*Докторант DSc Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра микрохирургии глаза, ученый секретарь, PhD*

Каримова М.Х.

*Заместитель директора по научной работе Республиканского
специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии
глаза, д.м.н., профессор*

Актуальность. На сегодняшний день одним из приоритетных направлений исследований и разработок в медицине, в частности в офтальмологической хирургии, является создание новых биосовместимых и биodeградируемых изделий способствующих регенерации тканей глаза при различных повреждениях. В этой связи, большой интерес вызывают покрытия на основе окисленной целлюлозы, которые благодаря своей структуре и растительному происхождению отвечают всем требованиям, предъявляемым к глазным лекарственным пленкам. В связи с этим, разработка и внедрение в практику здравоохранения эффективных методов профилактики и лечения глазной травмы являются одной из важнейших задач современной офтальмологии.

Цель исследования: Применить глазную лекарственную пленку на основе производных целлюлозы при моделировании проникающих ранений глазного яблока.

Материал и методы:

Экспериментальные исследования были проведены на 30 кроликах самцах породы Шиншилла. Животные были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили подопытные животные (15 кроликов), на глаза которых была применена биопленка на основе производных целлюлозы, после предварительного проведения первичной хирургической обработки. Контрольную группу составили животные (15 кроликов). Кроликам обеих групп было произведено проникающее ранение роговицы на 11 часах с помощью катарактального ножа Грефе, влага передней камеры была опорожнена. На месте раны проведена первичная хирургическая обработка, на роговицу наложены 2 шва, введен стерильный воздух в переднюю камеру. Животным из основной группы наложена биопленка на основе производных целлюлозы.

Результаты и обсуждение: В основной группе, по сравнению с контрольной, очищение и эпителизация роговицы наступали на 3-4 дня раньше. У животных с посттравматическими увеитами уже после первого сеанса уменьшались отек, экссудация, светобоязнь и слезотечение, а также цилиарные боли (что выражалось в повышении аппетита у животных по сравнению с контрольной группой). Через 5-7 суток преципитаты рассасывались. При анализе результатов лечения установлено, что у животных, которым наложена биопленка во время проведения первичной хирургической обработки по сравнению с больными контрольной группы, которым проводили традиционную первичную хирургическую обработку, срок лечения сократился на 4-5 дней.

Животные находились под наблюдением и им проводилась энуклеация на разных сроках наблюдения после предварительной эвтаназии.

Вывод:

Таким образом, результаты клинических исследований позволяют рекомендовать применение глазных лекарственных пленок на основе производных целлюлозы в качестве дополнительного эффективного средства при оказании первичной офтальмологической помощи при проникающих ранениях органа зрения для лечения и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний глаза и придатков.

**АДЕКВАТНЫЙ ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КАК ФАКТОР
ПРОФИЛАКТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПЛАНОВОЙ
ХИРУРГИИ.**

*д.м.н. Нурутдинов А.Т.,
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Принципы индивидуального адекватного выбора метода оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки как с позиции патофизиологической обоснованности, так и с точки зрения достижения оптимальных клинических результатов остаются наиболее трудным и окончательно нерешенным разделом хирургии язвенной болезни.

На основе разработанных принципов оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в группе собственного исследования (371 больных) нами использовано усовершенствованные критерии для выбора метода хирургического лечения, которые позволили существенно улучшить ближайшие и отдаленные результаты.

Для решения поставленной задачи нами выделено 4 типа течения язвенной болезни, с учетом углубленного исследования желудочной секреции по общепринятой методике:

Гиперсекреторный неосложненный тип течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характеризовалось повышением общей и свободной соляной кислоты и дебита, а также пепсина при диаметре язвенного дефекта до 5 мм и при этом наблюдалось ускоренная эвакуация из желудка, отсутствие дуоденогастрального рефлюкса и каких либо осложнений в анамнезе.

Гиперсекреторный осложненный тип течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характеризовалось повышением общей и свободной соляной кислоты и дебита, а также пепсина при диаметре язвенного дефекта свыше 5 мм, которая сопровождалась замедлением эвакуации из желудка, наличием дуоденогастрального рефлюкса и осложнением в виде пенетрации в соседние органы, деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки, стеноза, либо в анамнезе имело место кровотечение или же перфорация язвы.

Нормо- или гипосекреторный неосложненный тип течения язвенной болезни характеризовалось нормальным или пониженным показателем общей и свободной соляной кислоты и дебита, а также снижением пепсина при диаметре язвенного дефекта до 5 мм и при этом наблюдалось нормальная эвакуация из желудка, отсутствие дуоденогастрального рефлюкса и стеноза, но при этом имело место кровотечение либо перфорация язвы в анамнезе.

Нормо- или гипосекреторный осложненный тип течения язвенной болезни характеризовалось нормальным или пониженным показателем общей и свободной соляной кислоты и дебита, снижением пепсина при диаметре язвенного дефекта свыше 5 мм, при котором наблюдалось нарушение эвакуации из желудка в виде замедления, наличием дуоденогастрального рефлюкса и осложнения в виде стеноза и пенетрации в соседние органы, но при этом имело место кровотечение или же перфорация язвы.

С этих позиций нам представляется обоснованным при выделенных 4 типах течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следующие виды операции.

При **гиперсекреторном неосложненном типе** течения язвенной болезни более целесообразно выполнить селективно-проксимальную ваготомию (СПВ) в изолированном виде, так как этим достигается адекватное снижение кислотности при сохранении вагусной иннервации антрального отдела, которым обеспечивается нормальный пассаж через естественный пилородуоденальный канал.

При **гиперсекреторном осложненном типе** течения язвенной болезни применение селективно-проксимальной ваготомии (СПВ) в изолированном виде может усиливать явление гастростаза, для коррекции которого более обоснованы дренирующие желудок операции. Применение селективно-проксимальной ваготомии (СПВ) с дренирующими желудок операциями в какой-то степени решает эту проблему. Однако, после этого вида операции может усиливаться дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). Применение трункулярной ваготомии с дренирующими желудок операциями при таком типе течения язвенной болезни адекватно снижает секрецию, одновременно приводит к вагальной денервации всего желудка и кишечника угнетает моторно-эвакуаторную функцию. Применение резекции желудка обосновано тем, что уносится как кислотопродуцирующая, так и гастринпродуцирующая зоны желудка, следовательно, кислотность снижается до безопасного уровня с точки зрения возможности рецидива язвенной болезни.

При **нормо- или пониженной секреции с неосложненным типом** течения язвенной болезни возможно применение селективно-проксимальной ваготомии (СПВ) в изолированном виде. Селективно-проксимальная ваготомия (СПВ) с дренирующими желудок операциями при таком течении обусловлено тем, что она одновременно регулирует I и II фазу желудочной секреции. Применение трункулярной ваготомии (ТВ) с дренирующими желудок операциями показано в тех случаях, когда нет стеноза и пенетрации, может способствовать развитию таких осложнений, которые именно связаны с тотальной денервацией, то есть угнетением моторики желудка, появлением

гастростаза, усилением дуоденогастрального рефлюкса. Применение резекции желудка когда уносится кислотообразующая и гастринпродуцирующая зона при нормальной или же пониженной секреции может привести к ахлоргидрии с развитием атрофического гастрита.

При **нормо- или гипосекреторном осложненном типе** течения язвенной болезни с явлениями стеноза однозначно должно дополняться дренирующими желудок операциями. Если в таких случаях обосновано применение селективно-проксимальной ваготомии и дренирующими желудок операций. При наличии гипергастринемии более целесообразно применять резекционные методы операции или же в комбинации с органосохраняющими способами.

Таким образом, при выборе хирургического метода лечения необходимо учитывать тип течения язвенной болезни, которое позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты как органосохраняющих, так и резекционных методов операций.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Олтиев У.Б.¹, Сабиров Д.М.¹, Хамдамов Б.З.¹, Дадабаев О.Т.³, Рахимов А.Ш.¹
Бухарский Государственный медицинский институт¹,
Центр повышения квалификации врачей²,
Андижанский Государственный медицинский институт³*

Актуальность проблемы. Выбор оптимального метода анестезии при ампутации диабетической стопы, а также изучение влияния его на показатели иммунной системы является важной актуальной проблемой.

Цель исследования: изучение в сравнительном аспекте влияния продленной спинальной анестезии, спинально-эпидуральной анестезии и общей анестезии на состояние клеточного и гуморального иммунитета у пациентов синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 58 пациентов с синдромом диабетической стопы, находившиеся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра, которые составили 3 группы в зависимости от применения методов анестезии: 1-я группа – 19 больных (32,7%), оперированных в плановом порядке в условиях эпидуральной анестезии. Вторую группу составили 22 (37,9%) больных которым анестезия при оперативных вмешательствах на нижних конечностях выполнялось путём стволовой-проводниковой блокады. Третью группу составили 17 (29,3%) больных, которым проводилась общая анестезия. Проводили количественное изучение лимфоцитов с фенотипом CD3, CD4, CD8, CD20 в периферической крови и определяли уровень IgG, IgA, IgM в сыворотке крови методом ИФА.

Результаты исследования. Анализ результатов проведенных иммунологических исследований у больных синдромом диабетической стопы показал, что в клеточном и гуморальном иммунитете наблюдаются изменения по сравнению с данными контрольной группы. Число лимфоцитов с фенотипом CD16 у больных синдромом диабетической стопы было сниженным, а уровень В-лимфоцитов достоверно повышенным относительно показателей контрольной группы. Анализ данных по лимфоцитам с активационными маркерами – CD25 и CD95, показал их разнонаправленное изменение, уровень лимфоцитов с маркером ранней активации – CD25+–клетки были достоверно снижены, а лимфоциты с маркером апоптоза –

достоверно повышены ($P<0,05$). Что касается гуморального иммунитета, уровень IgA и IgG был достоверно повышенным ($P<0,01$).

Анализ результатов исследования после проведенного оперативного мероприятия показал, что общая анестезия, примененная во время операции у больных синдромом диабетической стопы оказывает влияние, как на клеточный, так и на гуморальный иммунитет. Под влиянием общей анестезии наблюдается достоверное снижение числа CD3+-клеток ($P<0,01$). Число хелперных и супрессорных клеток также были снижены, в следствии чего повышен индекс иммунорегуляции ($P<0,05$). А число клеток с фенотипом CD25, CD95 и В-лимфоцитов выше чем исходные данные. Анализ данных больных, которым проводилась операция с применением эпидуральной анестезии, также были изменены, причем большинство показателей были изменены достоверно. Анализируя данные иммунологических показателей у больных, которым операцию проводили с применением проводниковой анестезии, было выявлено, что достоверных изменений не наблюдалось, кроме индекса иммунорегуляции, который был ниже, чем в других группах.

Гуморальное звено иммунитета (IgA, IgG, IgM крови) более устойчиво к действию операционной травмы и анестезии. При этом снижение уровня иммуноглобулинов классов А и G наблюдается как при эпидуральной, так и при общем обезболивании.

У больных, оперированных под спинальной и проводниковой анестезией, отмечается умеренная иммунодепрессия клеточного звена иммунитета (снижение общего количества лимфоцитов о крови, CD3+, CD4+, CD8+ клеток). В то же время у пациентов оперированных в условиях общей анестезии, выявляются статистически значимые различия по всем показателям иммунного статуса. У данных больных иммунодепрессия в послеоперационный период еще более усугубляется.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, о том, что анестезия оказывает свое влияние на показатели иммунной системы. Однако, наиболее щадящее действие оказывает анестезия при оперативных вмешательствах на нижних конечностях у больных с синдромом диабетической стопы, выполненное путём стволовой-проводниковой блокады.

Выводы

1. Применение общей анестезии при операциях на нижних конечностях у больных с синдромом диабетической стопы, сопровождается преимущественно угнетением всех звеньев клеточного и гуморального иммунитета.

2. Применение эпидуральной анестезии сопровождается меньшим напряжением регуляторных систем, что способствует сбережению защитных ресурсов организма и развитию благоприятной стратегии адаптации.

3. С позиции влияния на клеточный и гуморальный иммунитет, методом выбора при операциях на нижних конечностях у больных с синдромом диабетической стопы является стволовая-проводниковая блокада.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА.

Оразалиев Г. Б., Кабулов М. К.,

Оразалиев Б. Х.

Беруний РМО., МЗ., Республики Каракалпакстан.

Несмотря на развитие возможности диагностики перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и желудка, гастродуоденоскопия (ЭФГДС), рентгеноскопия (графия) брюшной полости, лапароскопия, контрастная компьютерная томография, до настоящего времени является трудным разделом, в

неотложной абдоминальной хирургии. В отделении экстренной медицинской помощи Берунийской ЦРБ М.З. Республики Каракалпакстан за период с 2005г по 2021г., госпитализированы и нами были изучены 156 больных по поводу перфоративной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и желудка. Из них мужчин было 139, женщин 17. По возрасту до 30 лет - 129, до 50лет – 24, до 80лет - 3 больных. Сроки поступления в стационар до 6-ти часов 37, до 12 часов 99, до 24 часов 16 и до 36 часов 4 больных. Нами проводятся лабораторные методы и инструментальные методы исследования больных по стандарту диагностики Минздрава Республики Узбекистан. Обязательные: Все биохимические анализы крови, коагулограмма, общий анализ крови и мочи, определение группы крови и резус фактора, ВИЧ и RW крови. Инструментальные методы исследования: Экстренная обзорная рентгеноскопия (графия) брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС, ЭКГ, при трудно диагностических случаях, экстренная лапароскопия. Из числа поступивших 156 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, у 145 больных и желудка 11больных. По характеру перитонита, местный перитонит у 5-ти, диффузный перитонит- 122, разлитой перитонит у 29 больных. Объем перфоративной помощи: Иссечение перфоративной язвы с последующим пилородуоденопластика по Джаду – у 65 больных, стволовая ваготомия у 5-ти больных, пилородуоденопластика по Финнею у 46 больных, стволовая ваготомия у 13 больных. Резекция желудка по Бильроту – 1 у 10 больных, Гофмейстеру Финстеру у 3-х больных.

В основном по поводу перфоративной язвы луковицы 12п.к. и желудка осложнения наблюдалось у 8 –ми больных; нагноение раны 3 случая, плеврит в 2-х случаях, субкомпенсированный стеноз в 2-х случаях, полиорганная недостаточность вследствие перитонита у 1-го больного. Летальность- 0,6%.

С 2015 года нами начато производится лапароскопический метод ушивание перфоративной язвы, лапароскоп фирмы Карл- Шторц Германия и выполнена у 19 больных. Преимущество лапароскопической операции во –первых идеальный осмотр всех карманов брюшной полости и санация брюшной полости с целевым дренированием. Ушивание производится однорядным Z- образным атравматик 2-0 Викрил швом, узлы перевязываем интраабдоминально, в 4-х случаях узел подкреплено дополнительно клипсом, дренирован под печень, над ушитой язвой, правый боковой канал и малый таз, с промыванием 400,0мл раствором декосана, с обязательной назогастроуденальным зондированием на пять суток. Больные выписываются на амбулаторное лечение на 5-6 сутки. После операционный период без осложнений, с хорошим результатом.

Вывод: В связи с развитием эндоскопической хирургии, лапароскопический метод ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является операцией выбора! Эндовизуальная санация с препаратом Декосан, благоприятно влияет на исход перитонита.

ПРИМЕНЕНИЕ СТРУЙНОЙ КИСЛОРОДО-СОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Остроушко А.П., Михайлов Н.О., Архипов Д.В., Андреев А.А., Глухов А.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Российская Федерация*

Актуальность. В современной хирургии актуальность лечения пациентов с ранами мягких тканей не теряет своей актуальности. По данным ВОЗ ежегодно в хирургический стационар обращается более 6 млн человек с ранами мягких тканей, из которых гнойные раны составляют почти 60% случаев. Пациенты этой группы

зачастую находятся в трудоспособном возрасте, а учитывая длительные периоды нетрудоспособности и высокую частоту инвалидизации при развитии гнойных осложнений, можно говорить о высокой экономической значимости данной патологии. Расходы на лечение всех типов ран по разным оценкам достигают 100 млрд долларов в год. Среди новых разработанных методов лечения хорошо зарекомендовали себя оксигено- и сорбентотерапия.

Цель исследования. Изучить применение струйной кислородо-сорбционной терапии при лечении ран мягких тканей в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Научно-исследовательского института экспериментальной биологии и медицины, г. Воронеж, на 120 крысах линии Wistar. Животные были разделены на 4 группы. В 1-й контрольной группе лечение не проводилось. В остальных группах проводились ежедневные перевязки, дополненные следующими методами лечения: во 2-й и 3-й контрольных группах раны обрабатывались с использованием оксигено- и сорбентотерапии, соответственно, в 1-й опытной группе применялся разработанный метод струйной кислородо-сорбционной терапии. Моделирование раны производилось на холке животного. По шаблону диаметром 1.5см иссекалась кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция. Далее рана промывалась физиологическим раствором и начиналось лечение в соответствии с группой.

Результаты. Применение разработанного метода струйной кислородо-сорбционной терапии позволило ускорить сроки купирования раневого процесса в 1.5 раза по сравнению с данными, полученными в 1-й контрольной группе. Согласно результатам планиметрических методов исследования в 1-й опытной и 3-й контрольной группах площадь раневой поверхности сократилась на 99.5% и 98.2%, соответственно. Полученные данные также подтверждаются гистологическими методами - более ранняя активизация репаративных процессов, неоангиогенеза, увеличение количества макрофагов и фибробластов в ране, ускоренное восстановление мышечной ткани и эпидермиса. В 1-й опытной и 3-й контрольных группах отмечаются максимальные показатели оптической плотности РНК и SH-групп, что также является благоприятным прогностическим признаком.

Выводы. Применение разработанного метода струйной кислородо-сорбционной терапии в лечении ран мягких тканей позволило существенно ускорить процессы регенерации мягких тканей, что подтверждается различными методами исследования. Струйную кислородо-сорбционную терапию можно рассматривать как перспективный метод лечения пациентов с ранами мягких тканей в клинической практике.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Отакузиев А.З., Косимов С.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема эхинококкоза остается актуальной потому, что эхинококкэктомия не всегда избавляет больных от этой тяжелой болезни. В комплексе факторов, способствующих улучшению результатов хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП), наряду с установлением факторов риска осложнений, совершенствованием тактики и техники операции, важная роль принадлежит адекватному ведению больных на всех этапах послеоперационного периода с учетом риска развития специфических осложнений в зависимости от тяжести вмешательства.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем определения факторов влияющих на качество хирургического лечения.

Материалы и методы. Отделение хирургии на базе кафедры хирургии клиники АндГосМИ имеет опыт лечения 1184 больных эхинококкозом различной локализации.

Проведен анализ течения послеоперационного периода у 360 больных с рецидивным эхинококкозом печени (ЭП), которым в период 2010-2020 гг применены стандартные методы хирургического лечения.

Из 77 больных закрытая эхинококкэктомия (ЭЭ) выполнена в 19 (27,4%) случаях, полузакрытая эхинококкэктомия выполнена у 13 (16,9%), открытая эхинококкэктомия выполнена у 13 (32,5%) больных. В связи с множественностью поражения долевого и сегментарного расположения кист, нами применялись сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист, т.е. комбинированные методы операций у 20 (26%) больных.

Результаты исследования. Вероятность развития осложнений после оперативного вмешательства по поводу рецидивного ЭП – серьезный фактор, требующий особого внимания при выборе той или иной хирургической тактики.

При анализе факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивного ЭП мы выделили: кальцинирование фиброзной капсулы, осложненный эхинококкоз, сопутствующая патология, множественность внутривисцеральной рецидивного процесса, рецидивные эхинококковые кисты (ЭК) больших и гигантских размеров, кратность рецидивов заболевания, выявление рецидива эхинококкоза печени в сроки до 3-х лет после перенесенной эхинококкэктомии, множественность рецидивного поражения печени с другими органами брюшной полости.

При распределении больных в зависимости от факторов, влияющих на исход хирургического лечения, отмечено преобладание количества пациентов с осложненным течением послеоперационного периода. Так среди 17 больных с кальцинированной фиброзной капсулой в 70,6% (12 больных) наблюдений развились послеоперационные осложнения. В группе больных с осложненным эхинококкозом печени (26 больных) у 14 (53,8%) пациентов отмечены различные осложнения после операции.

Выявлено развитие осложнений (52,9%) в послеоперационном периоде у больных с рецидивным эхинококкозом печени с сопутствующей патологией (n=51). При множественном рецидивном эхинококкозе печени с внутривисцеральной локализацией эхинококковых кист из 16 больных у 75% (12 пациентов) отмечены послеоперационные осложнения. Из 12 пациентов с гигантским эхинококкозом печени у 9 (75%) больных в послеоперационном периоде развились осложнения.

Наибольшая частота послеоперационных осложнений (77,8%) отмечена в группе больных с многократными рецидивами заболевания (18 пациентов). Аналогичные высокие показатели послеоперационных осложнений (72%) наблюдались в группе больных с множественным рецидивным эхинококкозом печени и других органов брюшной полости. Среди 29 пациентов с рецидивом эхинококкоза печени выявленном в сроки до 3-х лет после перенесенной ЭЭ у 17 (58,6%) больных развились различные осложнения в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, прогностическое значение факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени (особенности течения заболевания и характер поражения) в 52,9-77,8% случаев характеризовалось длительным периодом послеоперационной реабилитации на фоне развития осложнений и (или) особенностей заживления остаточных полостей (P=0,007).

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Отакузиев А.З., Камолов Н.Г., Косимов С.М., Мамарасулов М.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Поддиафрагмальный эхинококкоз печени является самым трудным для диагностики и лечения. Киста расположенная на выпуклой поверхности печени трудно поддается обзору, что приводит к затруднениям во время операции.

Основным методом лечения эхинококкоза, в том числе и эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации, является хирургический. 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. Улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации.

Материалы и методы. За последние годы в клинике общей хирургии АндГосМИ выполнено 125 оперативных вмешательств по поводу эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации. Возраст больных колебался от 16 до 70 лет. Наибольшее число больных страдающих этой патологией, приходилось на возрастную группу от 18 до 65 лет

Наиболее частыми осложнениями явились обызвествление (10,4%) и нагноение (4,8%), а также сочетание нагноения паразитарной кисты с обызвествления ее стенки (4%).

В установлении правильного диагноза большое значение имеет комплексное обследование больных, основанная на выявлении жалоб, данных клинического осмотра, включая клинические анализы крови и мочи, биохимических в сочетании ультразвукового исследования (УЗИ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). В случае затруднения установления диагноза применяли диагностическую лапароскопию.

Применение комплексного метода обследования больных с поддиафрагмальными эхинококковыми кистами позволило нам в 96,1% случаях правильно поставить диагноз до операции.

Результаты исследования. Выбор оптимального хирургического доступа и метода оперативного вмешательства определяли индивидуально в зависимости от состояния больного, характера изменений паразитарной кисты, от расположения эхинококковой кисты и наличие осложнений, которое обеспечивало адекватное проведение операции.

Все 125 больных, были подвергнуты к оперативному лечению, у которых выполнены различные варианты эхинококкэктомии.

Мы в основном придерживались тактики щадящих и органосохраняющих методов операции. Операцией выбора считается эхинококкэктомия, то есть удаление паразитарной кисты со всеми ее элементами целиком, или ее оболочек с последующей ликвидацией остаточной полости различными способами.

Удаление паразитарной кисты целиком при поддиафрагмальной ее расположении всегда чревато возникновением обильного кровотечения, поэтому такое вмешательство мы применяли в исключительных случаях.

Из разреза в правом подреберье параллельно реберной дуге, т.е косо правой подреберный доступ, с сохранением прямой мышцы живота оперировано 23 больных.

Этот доступ не так удобен, как торакоабдоминальный доступ, но менее травматичен, так как не производится вскрытие плевральной полости и дает возможность удаление эхинококковых кист не только из поддиафрагмальной области правой и левой долей печени, но и одновременно выполнить эхинококкэктомия из брюшной полости.

У 64 больных (51,2%) выполнен верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени, который обеспечивал оптимальный доступ к кистам VII-VIII.

В 18 (14,4%) случаях при поражении сегментов печени и органов малого таза выполнен отдельный доступ (верхне-нижнесрединный, над и ниже пупком остается по 5 см брюшной стенки) или же отдельный (косой правоподреберный + нижнесрединный). (Рац. пред. №4364 от 30.09.2019 г и №115 от 07.03) удаление кист из печени сочеталось с эхинококкэктомией из брюшной полости. При одновременном поражении VIII-I-II сегментов печени и селезенки, предпочтение отдается верхнесрединному разрезу с использованием ретрактора Сигала примененный у 20 (16%) больных.

В основном использованы 4 типов операций: закрытая – у , открытая - , полужакрытая - , при множественном поражении эхинококковых кист в печени и органах брюшной полости, нами применялись сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист, т.е. комбинированные методы операций – у 34 (27,2%) больных, когда число паразитарных кист было два и более. При краевом расположении эхинококковых кист независимо от её диаметра выполняли идеальную эхинококкэктомия в виде вылушивания фиброзной капсулы; краевую резекцию с удалением фиброзной капсулы и гемигепатэктомия при поражении всей или почти всей доли печени.

При больших и осложненных эхинококковых кист были использованы дренирование по типу «проточной системы» для промывания антисептиками и своевременного извлечения экссудата, а также сквозное дренирование двух близко расположенных ОП (удостоверение на рац. предложение № №45 от 18.05.2009)

После эхинококкэктомии остаточная полость обрабатывается в следующей последовательности: 20% раствором натрия хлорида, далее - горячим раствором фурацилина нагретым до 70⁰, 96% спиртом, 5% йодной настойкой. Край иссеченной фиброзной капсулы коагулировали для полной ликвидации сколексов и ацефалоцитов (№ IAP 04368 ПВРУз).

В до- и послеоперационном периодах всем больным проводили антипаразитарную терапию препаратом «Альбендазол» по разработанной в клинике схеме (удостоверение на рац. предложение №942): по 12 мг/кг 2 раза в день в дооперационном периоде, а в послеоперационном - начиная с 3-х суток - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней в сочетании с препаратом «Гепамерц», для профилактики печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (6,4%) больных: нагноение остаточной полости – 1, поддиафрагмальный абсцесс – 1, желчный свищ – 1, нагноение послеоперационной раны – 2. У 1 больного выявлен рецидив эхинококкоза печени.

Таким образом, непосредственные результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени в основном зависели от течения самой болезни – наличия тех или иных осложнений.

Считаем, что при выполнении эхинококкэктомии необходимо учитывать такие моменты операции, как в отношении к фиброзной капсуле, с оставлением последней, частичным или тотальным ее удалением; а также отношение к остаточной полости, когда производится ликвидация ее одним из способов или адекватное дренирование при соответствующих показаниях.

Выводы. Как свидетельствует наш опыт, комплексное использование лабораторных (общий анализ крови, групп крови) УЗИ и МРТ позволяют определить локализацию и размеры эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости, оценить состояние фиброзной капсулы, наличие и характер осложнений. Оптимальный хирургический доступ дает возможность проведения адекватной операции при эхинококкозе печени поддиафрагмальной локализации.

В хирургическом лечении больных эхинококкозом печени приоритетным считаем выполнение органосохраняющих операций. При неосложненном эхинококкозе печени считаем показанным выполнение закрытой эхинококкэктомии. При нагноившимся эхинококкозе печени выполняли полузакрытую эхинококкэктомии. Показанием к перицистэктомии являлись случаи краевого расположения эхинококковых кист, их кальцинация.

АЛГОРИТМ ТАКТИКИ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Косимов С.М., Мадвалиев Б.Б., Шокирова Г.О.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В настоящее время основным методом лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости является оперативное вмешательство. При хирургическом диссеминированного эхинококкоза (ДЭ) органов брюшной полости, основные нерешенные вопросы сводятся к определению объема предоперационной подготовки, вопросов этапности оперативных вмешательств, определению тактики по отношению к доступу и выбора наиболее подходящего метода ликвидации остаточной полости и способа обработки остаточной полости (ОП).

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости путем дифференцированной тактики.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 45 больных диссеминированным эхинококкозом (ДЭ) органов брюшной полости, получавших стационарное лечение в клинике АндГосМИ в период с 2010 по 2021 гг.

В соответствии с целями и задачами исследования больные были разделены на 2 группы. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная - 26 (57,8%) больных, которые получали стационарное лечение в 2010-2015 гг. традиционными методами; основная - 19 (42,2%) больной, которые получали стационарное лечение в 2016-2021 гг. усовершенствованными нами методами лечения. В обеих группах превалировало число женщин: 17 (65,4%) и 14 (73,6%) соответственно. Частота случаев диссеминированного ЭП увеличивается примерно с 20-летнего возраста пациентов.

Диссеминация чаще обнаруживалась у больных с клиническими осложнениями абдоминального эхинококкоза, где первичным источником диссеминации явилось локализация эхинококковых кист в том или ином органе (печень, селезенка, органы малого таза, первичная локализация эхинококковых кист в петлях кишечника и в сальнике). В характере диссеминации брюшной полости нами выявлены три формы диссеминированного поражения брюшной полости и ее органов: 1. Локальная форма - имеется множественное поражение одного органа или одной анатомической области брюшной полости; 2. Распространенная форма - эхинококковые кисты выявляются в отдалении друг от друга в 2-3 анатомических областях брюшной полости; 3. Генерализованная форма - имеет место тотальное поражение брюшной полости и ее органов, нередко выявляется сочетанное поражение тканей и органов других анатомических областей или полостей.

Всем поступившим в клинику больным производили комплексное обследование с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

По мере накопления опыта, нами разработан алгоритм хирургической тактики при ДЭ органов брюшной полости (Рац. пред. №4364 от 30.09.2019 г и №115 от 07.03), в соответствии с которым во всех случаях в предоперационную подготовку включали химиотерапию, иммунотерапию, гепатопротекторы.

В зависимости локализации эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости выбирается наиболее адекватный доступ: при локализации процесса (или паразита) во II-III-IV сегментах печени или остром угле реберной дуги выполняем верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени.

При локализации кист в III-VI сегментах, расположенных ближе к передне-нижней поверхности печени удобен косой подреберный доступ с сохранением целостности правой прямой мышцы живота. При невозможности свободных действий с кистами VII-VIII или же при поражении всех сегментов печени сегментов этот разрез расширялся Федорову (косой правый подреберный доступ) или верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени. При одновременном поражении сегментов печени и селезенки, предпочтение отдается верхнесрединному разрезу с использованием ретрактора Сигала. При поражении сегментов печени и органов малого таза выполняем раздельный доступ (верхне-нижнесрединный, над и ниже пупком остается по 5 см брюшной стенки) или же раздельный (косой правоподреберный + нижнесрединный).

При неосложненных кистах диаметром 5-7 см предпочтительны закрытая эхинококкэктомия и тампонирование остаточной полости круглой связкой печени; при больших и осложненных - наружное дренирование по типу «проточной системы». При диаметрах ЭК от 6 до 20 см проводили открытую эхинококкэктомию с дренированием остаточной полости по типу «проточной системы».

В некоторых случаях при диаметре эхинококковых кист 6-10 см наряду с открытой выполняли полузакрытую эхинококкэктомию с тампонадой остаточной полости по Аскерханову с дополнительным дренированием или тампонаду круглой связкой печени при локализации в II-III-IV-V сегментах печени с дополнительным дренированием. При диаметре эхинококковых кист 5-10 см выполняли закрытую эхинококкэктомию и инвагинацией фиброзной капсулы с вворачиванием краев внутрь и капитонаж с наложением погружных поэтажных швов кетгутом в глубины полости. При краевом расположении эхинококковых кист независимо от её диаметра выполняли идеальную эхинококкэктомию в виде вылущивания фиброзной капсулы; краевую резекцию с удалением фиброзной капсулы и гемигепатэктомию при поражении всей или почти всей доли печени.

Остаточная полость после эхинококкэктомии обрабатывается в следующей последовательности: 20% раствором натрия хлорида, далее - горячим раствором фурацилина нагретым до 70⁰, 96% спиртом, 5% йодной настойкой. Край иссеченной фиброзной капсулы коагулировали для полной ликвидации сколексов и ацефалоцитов (№ IAP 04368 ПВРУз).

После выполнения оперативного вмешательства во всех случаях проводится профилактическая послеоперационная химиотерапия (альбендазолом, мебендазолом, зентелем, метронидазолом, фуразолидоном под контролем биохимических анализов крови), в сочетании с гепатопротекторами, иммунологической коррекцией.

Альбендозол давали по 12 мг/кг с сутки до операции, а начиная с 3 суток после операции - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней. При диссеминации по 12 мг в 2 раза в сутки 15 дней; затем 1 раз в сутки в течение еще 15 дней в сочетании с эссенциале по 1 капсуле 3 раза в день.

Результаты исследования. В ближайшем послеоперационном периоде больных с осложнениями преобладало в группе сравнения – 8 (30,7%), тогда как в основной группе этот показатель составил - 2 (10,5%) пациента. Отмечено снижение числа ранних релапаротомий и летальности в ближайший послеоперационный период.

В отдаленном послеоперационном периоде нагноение остаточной полости с развитием гнойного свища в основной группе не отмечено, тогда как в контрольной это осложнение наблюдалось у 1 (3,8%) больного. Длительное желчеистечение по свищу в основной группе было у 1 (5,2%) больного и у 2 (7,6%) в группе сравнения.

Отмечено снижение частоты рецидива заболевания с 7,6 до 0% наблюдений и общего количества больных с осложнениями по сравнению с контрольной группой.

Длительное дренирование остаточной полости в основной группе отмечено в 5,2% наблюдений (1 пациент), тогда как в контрольной группе этот показатель составил 11,5% (3 больных).

Выводы. Разработанный алгоритм хирургической тактики при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости позволяет выбрать наиболее оптимальный хирургический доступ, а также наиболее обоснованный способ ликвидации остаточной полости в зависимости от диаметра и локализации эхинококковых кист, а также снизить частоту ближайших осложнений в 2,3 раза, а неблагоприятных результатов в отдалённые сроки - в 2,8 раза.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ АБДОМИНАЛЬНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

*Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Косимов С.М., Мамарасулов М.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира. Распространение паразита происходит не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с санитарным состоянием и санитарной культурой населения. Стрессовая перестройка метаболизма, экзо- и эндогенная интоксикация, преморбидная патология вызывают подавление функциональной активности печени.

Цель исследования. Пути улучшения морфологического и функционального состояния печени у больных после операции диссеминированным эхинококкозом.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 58 больных с диссеминированным эхинококкозом печени и органов брюшной полости, оперированных в клинике Андижанского государственного медицинского института.

Для сравнительной оценки результатов лечения и его осложнений пациенты были условно разделены на две группы. В первую группу (группа сравнения) вошли 27 больных диссеминированным эхинококкозом печени и органов брюшной полости, из них у 24 (88,8%) вторично-диссеминированная форма, первично - диссеминированный - у 3 (11,1%), во вторую группу 31 больной, из них вторично-диссеминированная форма у 24 больных, первично - диссеминированная форма отмечена - у 8 (11,2%) больных.

Возраст пациентов варьировал от 16 до 76 лет. Подавляющее большинство больных были лица трудоспособной возрастной категории от 17 до 50 лет - 91,7%, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы. Среди них мужчин было 28 (48,2%), женщин - 33 (56,8%). Городских жителей было 67%, сельских – 32,4%.

Все больные в период наблюдения находились в тяжелом или средней степени тяжести состоянии. Клиническая оценка была основана на выявлении жалоб, данных

клинического осмотра, дополнительных методов исследования, включая клинические анализы крови и мочи, биохимических в сочетании рентгеноскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Наиболее часто встречалось сочетанное поражение двух-трех сегментов. Отмечено весомое превалирование эхинококкового поражения правой доли печени. При этом наиболее часто эхинококковые кисты (ЭК) располагались в VIII, сочетаниях VII-VIII и V- VI-VII сегментов правой доли печени.

При этом в количественном отношении в группе сравнения преобладало количество больных с двумя ЭК - 9 (70,3%), а в основной группе - 23 (74,1%) пациентов с четырьмя ЭК и более. У 25 (92,5%) больных контрольной и у 24 (77,4%) пациентов основной группы ЭК наряду с печенью диагностированы в различных органах брюшной полости. Осложненный ЭП отмечен в 33,8% (10 пациентов) в группе сравнения и в 38,7% (12 больных) в основной группах соответственно. Все поступившие больные, подверглись различным оперативным вмешательствам, сопоставимым по тяжести, объему и длительности.

Результаты исследования. Для оценки глубины функциональных нарушений печени, нами было определено содержание индикаторных ферментов (АсАТ и АлАТ) в сыворотке крови и непосредственно в ткани печени. Для этого до операции, во время операции брали анализы крови, а также во время операции пункционным методом брали кусочки печени вблизи от фиброзной капсулы паразита и из отдаленного от кисты участка (таб.1).

В биохимических анализах крови, в частности увеличение АСТ и АЛТ, показателей билирубина выявлены у 22 (81,4%) больных 1- группы, у 18 (58%) 2- группы. Более высокое содержание билирубина наблюдалось у 19 (%) больных с гепатитом (1-я группа) (128,1 мкмоль/л), причем прямая фракция составила 42,8 мкмоль/л., которые указывали в основном на наличие функциональных нарушений печени у больных с распространенным поражением или осложненным течением. Общий билирубин крови также оказался повышенным и у 14 больных с диссеминированным эхинококкозом печени 32,2 мкмоль/л.

Изменения биохимических показателей, в частности увеличение АСТ и АЛТ, билирубина выявлены у 14,8% больных, что указывало на функциональные нарушения печени и корреляционную связь с размерами паразитарной кисты. Так, при кистах диаметром более 11 мм отмечались более высокие значения АлТ, АсТ. Однако эти изменения были недостоверны ($P>0,05$). При сопоставлении данных содержания АсАТ и АлАТ в сыворотке крови можно отметить, что в крови концентрация этих ферментов достоверно выше, что объясняется, по-видимому, «вымыванием» АсАТ и АлАТ в кровь при поражении печеночных клеток, в 1-й и во 2-й группе.

В этой связи для патогенетически обоснованной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии проводили дополнительную терапию, направленную на метаболическую поддержку органа: гепа-Мерц 10 гр на 400 мл инфузионного раствора, аскорбиновая кислота 5%-6,0,, Тиотриозолин 4 мл, аскорбиновая кислота 5%-6,0, внутривенно, ферменты, витамины и т.д. Для абсорбции токсических веществ в крови применялся препарат Реосорбилакт 250 мл внутривенно и антипаразитарную химиотерапию альбендазолом с целью снижения внутрикистозного давления в результате подавления роста сколексов. Для увеличения энергетических резервов печеночной паренхимы, а также в лечении гипоксии и гипопроteinемии проводили внутривенное введение плазмы, альбумина. В среднем предоперационная подготовка продолжалась $3\pm 1,3$ дней.

В результате в биохимических показателях при применении препарата комплексного пред и послеоперационного коррекции функциональных нарушений печени в основной группе выявлена явная положительная динамика, сопоставимая с

одним из основных дезинтоксигирующих препаратов, примененных в контрольной группе.

Прогрессирование заболевания, тяжелые и травматичные вмешательства способствовали также значительному повышению процессов перекисного окисления липидов, в ткани печени в 2 - 2,5 раза по сравнению с нормой и снижению уровня ферментов. Указанные выше изменения создавали реальные предпосылки возникновению у больных 1 группы послеоперационной острой печеночной недостаточности. Последняя повлекла за собой смерть 1 (3,7%) больного с осложненной (нагноение) формой эхинококкоза печени в группе сравнения.

По сравнению с контрольной группой частота ближайших послеоперационных осложнений в основной группе снизилась почти в 2,6 раз – с 27,3% до 11,3%. Значительно меньше стали встречаться такие осложнения, как нагноение ОП – с 9,1 до 2,8%, развитие общих осложнений после операции – с 14,3 до 7,0%. Количество больных с ранними осложнениями преобладало в группе контроля – 15 (19,5%), тогда как в основной группе этот показатель составил - 6 (8,5%) пациентов.

Выводы. Из приведенных данных результатов проведения патогенетически обоснованной предоперационной подготовки больных с осложненным эхинококкозом печени видно, что дезинтоксигационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляются ведущими звеньями в комплексе лечения этих больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксигации и купировании скрытой печеночной недостаточности. Неудовлетворительные наблюдения в группе сравнения подтверждали мнение отдельных исследователей, что при инфицированном и более того, внутриорганном диссеминировании эхинококкоза, кантоминация микроорганизмов поддерживается вторичным инфицированием билиарного дерева, и это заключение диктовало выбор иного, более эффективного способа антибиотикопрофилактики.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Отакузиев А.З., Косимов С.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема эхинококкоза остается актуальной потому, что эхинококкэктомия не всегда избавляет больных от этой тяжелой болезни. В комплексе факторов, способствующих улучшению результатов хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП), наряду с установлением факторов риска осложнений, совершенствованием тактики и техники операции, важная роль принадлежит адекватному ведению больных на всех этапах послеоперационного периода с учетом риска развития специфических осложнений в зависимости от тяжести вмешательства.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем определения факторов влияющих на качество хирургического лечения.

Материалы и методы. Отделение хирургии на базе кафедры хирургии клиники АндГосМИ имеет опыт лечения 1184 больных эхинококкозом различной локализации.

Проведен анализ течения послеоперационного периода у 360 больных с рецидивным эхинококкозом печени (ЭП), которым в период 2010-2020 гг. применены стандартные методы хирургического лечения.

Из 77 больных закрытая эхинококкэктомия (ЭЭ) выполнена в 19 (27,4%) случаях, полужакрытая эхинококкэктомия выполнена у 13 (16,9%), открытая эхинококкэктомия выполнена у 13 (32,5%) больных. В связи с множественностью поражения долевого и

сегментарного расположения кист, нами применялись сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист, т.е. комбинированные методы операций у 20 (26%) больных.

Результаты исследования. Вероятность развития осложнений после оперативного вмешательства по поводу рецидивного ЭП – серьезный фактор, требующий особого внимания при выборе той или иной хирургической тактики.

При анализе факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивного ЭП мы выделили: кальцинирование фиброзной капсулы, осложненный эхинококкоз, сопутствующая патология, множественность внутривисцерального рецидивного процесса, рецидивные эхинококковые кисты (ЭК) больших и гигантских размеров, кратность рецидивов заболевания, выявление рецидива эхинококкоза печени в сроки до 3-х лет после перенесенной эхинококкэктомии, множественность рецидивного поражения печени с другими органами брюшной полости.

При распределении больных в зависимости от факторов, влияющих на исход хирургического лечения, отмечено преобладание количества пациентов с осложненным течением послеоперационного периода. Так, среди 17 больных с кальцинированной фиброзной капсулой в 70,6% (12 больных) наблюдений развились послеоперационные осложнения. В группе больных с осложненным эхинококкозом печени (26 больных) у 14 (53,8%) пациентов отмечены различные осложнения после операции.

Выявлено развитие осложнений (52,9%) в послеоперационном периоде у больных с рецидивным эхинококкозом печени с сопутствующей патологией (n=51). При множественном рецидивном эхинококкозе печени с внутривисцеральной локализацией эхинококковых кист из 16 больных у 75% (12 пациентов) отмечены послеоперационные осложнения. Из 12 пациентов с гигантским эхинококкозом печени у 9 (75%) больных в послеоперационном периоде развились осложнения.

Наибольшая частота послеоперационных осложнений (77,8%) отмечена в группе больных с многократными рецидивами заболевания (18 пациентов). Аналогичные высокие показатели послеоперационных осложнений (72%) наблюдались в группе больных с множественным рецидивным эхинококкозом печени и других органов брюшной полости. Среди 29 пациентов с рецидивом эхинококкоза печени выявленном в сроки до 3-х лет после перенесенной ЭЭ у 17 (58,6%) больных развились различные осложнения в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, прогностическое значение факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени (особенности течения заболевания и характер поражения) в 52,9-77,8% случаев характеризовалось длительным периодом послеоперационной реабилитации на фоне развития осложнений и (или) особенностей заживления остаточных полостей (P=0,007).

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ АБДОМИНАЛЬНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

*Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Косимов С.М., Мамарасулов М.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира. Распространение паразита происходит не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с санитарным состоянием и санитарной культурой населения. Стрессовая перестройка метаболизма, экзо- и эндогенная интоксикация, преморбидная патология вызывают подавление функциональной активности печени.

Цель исследования. Пути улучшения морфологического и функционального состояния печени у больных после операции диссеминированным эхинококкозом.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 58 больных с диссеминированным эхинококкозом печени и органов брюшной полости, оперированных в клинике Андижанского государственного медицинского института.

Для сравнительной оценки результатов лечения и его осложнений пациенты были условно разделены на две группы. В первую группу (группа сравнения) вошли 27 больных диссеминированным эхинококкозом печени и органов брюшной полости, из них у 24 (88,8%) вторично-диссеминированная форма, первично - диссеминированный - у 3 (11,1%), во вторую группу 31 больной, из них вторично-диссеминированная форма у 24 больных, первично - диссеминированная форма отмечена - у 8 (11,2%) больных.

Возраст пациентов варьировал от 16 до 76 лет. Подавляющее большинство больных были лица трудоспособной возрастной категории от 17 до 50 лет - 91,7%, что подчеркивает социально-экономическую значимость проблемы. Среди них мужчин было 28 (48,2%), женщин - 33 (56,8%). Городских жителей было 67%, сельских - 32,4%.

Все больные в период наблюдения находились в тяжелом или средней степени тяжести состоянии. Клиническая оценка была основана на выявлении жалоб, данных клинического осмотра, дополнительных методов исследования, включая клинические анализы крови и мочи, биохимических в сочетании рентгеноскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Наиболее часто встречалось сочетанное поражение двух-трех сегментов. Отмечено весомое превалирование эхинококкового поражения правой доли печени. При этом наиболее часто эхинококковые кисты (ЭК) располагались в VIII, сочетаниях VII-VIII и V- VI-VII сегментов правой доли печени.

При этом в количественном отношении в группе сравнения преобладало количество больных с двумя ЭК - 9 (70,3%), а в основной группе - 23 (74,1%) пациентов с четырьмя ЭК и более. У 25 (92,5%) больных контрольной и у 24 (77,4%) пациентов основной группы ЭК наряду с печенью диагностированы в различных органах брюшной полости. Осложненный ЭП отмечен в 33,8% (10 пациентов) в группе сравнения и в 38,7% (12 больных) в основной группах соответственно. Все поступившие больные, подверглись различным оперативным вмешательствам, сопоставимым по тяжести, объему и длительности.

Результаты исследования. Для оценки глубины функциональных нарушений печени нами было определено содержание индикаторных ферментов (АсАТ и АлАТ) в сыворотке крови и непосредственно в ткани печени. Для этого до операции, во время операции брали анализы крови, а также во время операции пункционным методом брали кусочки печени вблизи от фиброзной капсулы паразита и из отдаленного от кисты участка.

В биохимических анализах крови, в частности увеличение АСТ и АЛТ, показателей билирубина выявлены у 22 (81,4%) больных 1- группы, у 18 (58%) 2- группы. Более высокое содержание билирубина наблюдалось у 19 (%) больных с гепатитом (1-я группа) (128,1 мкмоль/л), причем прямая фракция составила 42,8 мкмоль/л., которые указывали в основном на наличие функциональных нарушений печени у больных с распространенным поражением или осложненным течением. Общий билирубин крови также оказался повышенным и у 14 больных с диссеминированным эхинококкозом печени 32,2 мкмоль/л.

Изменения биохимических показателей, в частности увеличение АСТ и АЛТ, билирубина выявлены у 14,8% больных, что указывало на функциональные нарушения печени и корреляционную связь с размерами паразитарной кисты. Так, при кистах диаметром более 11 мм отмечались более высокие значения АлТ, АсТ. Однако эти

изменения были недостоверны ($P > 0,05$). При сопоставлении данных содержания АсАТ и АлАТ в сыворотке крови можно отметить, что в крови концентрация этих ферментов достоверно выше, что объясняется, по-видимому, «вымыванием» АсАТ и АлАТ в кровь при поражении печеночных клеток, в 1-й и во 2-й группе.

В этой связи для патогенетически обоснованной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии проводили дополнительную терапию, направленную на метаболическую поддержку органа: Гепта-Мерц 10 гр на 400 мл инфузионного раствора, аскорбиновая кислота 5%-6,0,, Тиотриозолин 4 мл, аскорбиновая кислота 5%-6,0, внутривенно, ферменты, витамины и т.д. Для абсорбции токсических веществ в крови применялся препарат Реосорбилакт 250 мл внутривенно и антипаразитарную химиотерапию альбендазолом с целью снижения внутрикистозного давления в результате подавления роста сколексов. Для увеличения энергетических резервов печеночной паренхимы, а также в лечении гипоксии и гипопроотеинемии проводили внутривенное введение плазмы, альбумина. В среднем предоперационная подготовка продолжалась $3 \pm 1,3$ дней.

В результате в биохимических показателях при применении препарата комплексного пред и послеоперационного коррекции функциональных нарушений печени в основной группе выявлена явная положительная динамика, сопоставимая с одним из основных дезинтоксигирующих препаратов, примененных в контрольной группе.

Прогрессирование заболевания, тяжелые и травматичные вмешательства способствовали также значительному повышению процессов перекисного окисления липидов, в ткани печени в 2 - 2,5 раза по сравнению с нормой и снижению уровня ферментов. Указанные выше изменения создавали реальные предпосылки возникновению у больных 1 группы послеоперационной острой печеночной недостаточности. Последняя повлекла за собой смерть 1 (3,7%) больного с осложненной (нагноение) формой эхинококкоза печени в группе сравнения.

По сравнению с контрольной группой частота ближайших послеоперационных осложнений в основной группе снизилась почти в 2,6 раз – с 27,3% до 11,3%. Значительно меньше стали встречаться такие осложнения, как нагноение ОП – с 9,1 до 2,8%, развитие общих осложнений после операции – с 14,3 до 7,0%. Количество больных с ранними осложнениями преобладало в группе контроля – 15 (19,5%), тогда как в основной группе этот показатель составил - 6 (8,5%) пациентов.

Выводы. Из приведенных данных результатов проведения патогенетически обоснованной предоперационной подготовки больных с осложненным эхинококкозом печени видно, что дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляют ведущими звеньями в комплексе лечения этих больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании скрытой печеночной недостаточности. Неудовлетворительные наблюдения в группе сравнения подтверждали мнение отдельных исследователей, что при инфицированном и более того, внутриорганным диссеминированием эхинококкоза, кантоминация микроорганизмов поддерживается вторичным инфицированием билиарного дерева, и это заключение диктовало выбор иного, более эффективного способа антибиотикопрофилактики.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ
ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Хабибуллаев А.П.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) хирурги нередко сталкиваются с техническими трудностями связанными с удалением дуоденальных язвы (ДЯ). При этом отмечается высокая частота осложнений и летальности. Такие язвы исследователи именуют «трудноудаляемыми», «неудобными» или «трудными».

Мы «трудными» ДЯ считаем гигантские или каллёзные язвы передней и или задней стенки луковицы (от пилоруса до сфинктера Капанаджи) и постбульбарного отдела ДПК (ниже сфинктера Капанаджи) сопровождающиеся выраженной в различной степени деформацией и воспалительным процессом при сочетании их осложнениями ЯБ.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с т.н. «трудными» язвами с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. С 2011 по 2021 годы на базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии АГМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных Из них «трудные» ДЯ, диагностированы у 151 (9,6%), которые и явились предметом настоящего исследования.

Для сопоставления особенностей клинического течения и функциональных параметров желудка мы провели ретроспективный анализ у 94 с неосложненным течением ЯБ (контрольная группа).

При «трудных» ДЯ определены особенности клинического течения болезни: соотношение мужчин и женщин с неосложненным течением заболевания составила 3:1, тогда как в исследуемой группе больных-10:1 соответственно: у больных ЯБДПК с неосложненным течением заболевания в 80:9% случаях длительность язвенного анамнеза не превышала 5 лет. Вместе с тем у больных с «трудными» ДЯ в 92,1% случаев составила 6 и более лет; у 7,9% больных с «трудными» ДЯ длительность язвенного анамнеза составила 5 лет. В отличие от больных с неосложненным течением ЯБДПК, болезнь имела непрерывно рецидивирующее течение с гиперсекреторным синдромом, имела выраженный болевой синдром, ДЯ длительное время (более 6 месяцев) не поддавалась комплексному противоязвенному лечению.

Результаты. Нами установлено, что у больных с «трудными» ДЯ показатели БПК составили $12,67 \pm 0,12$ ммоль/час, что по сравнению с показателями у здоровых лиц ($3,97 \pm 0,08$ ммоль/час) превышает в 3,2 а с неосложненным течением ЯБДПК ($7,97 \pm 0,07$ ммоль/час)-в 1,6 раза. К тому же показатели базальной и максимальной продукции пепсина у больных с «трудными» ДЯ значительно превышали таковые по сравнению со здоровыми лицами (БПД в 1,9; МПП-в 1,2 раза) и с неосложненным болезнью –БПП в 1,3 а МПП –в 1,2 раза.

Вместе с тем у больных с «трудными» ДЯ двигательная функция желудка зависела в основном от степени пилородуоденального стеноза. Симптом «ниши» у подавляющего большинства больных определялся четко. Исследованием эвакуаторной функции желудка методом НРГГ установлено, что у больных с «трудными» ДЯ, наиболее отчетливо сокращается период полувыведения (в мин) и %-остаточной активности принятой пищи через 1 час (в %)- $21,87 \pm 0,06$ и $21,37 \pm 0,05$ соответственно.

Выводы. Таким образом, при определении хирургической тактики у больных с «трудными» ДЯ важное значение имеет дальнейшая ее индивидуализация с учетом особенностей клинического течения и функциональных параметров желудка позволяющих улучшить результаты хирургического лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МОДЕЛИ СТЕЛКИ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Пансатова Наргиза Узаковна., Джураев А.М., Исматуллаева М.Н.
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии, Узбекистан*

Актуальность проблемы: Здоровая стопа необходима для хорошей осанки и ходьбы. Плоскостопие или плоскоподушвенное — это заболевание, определяемое отсутствием или снижением медиального продольного свода стопы с костно-связочным смещением (Evans AM., 2021). Из-за подошвенной жировой ткани стопы младенцев кажутся плоскими; эта жировая прослойка исчезает в возрасте от 2 до 10 лет после изменений в развитии медиальной дуги (Uden H et al., 2017). Плоскостопие является частой причиной обращения родителей за помощью к специалистам в области здравоохранения, и имеются ограниченные данные о влиянии стелек на детей дошкольного возраста. Это исследование основано на

Цель исследования. Изучение влияния усовершенствованной модели стельки на симптоматическое плоскоподушвенное у детей дошкольного возраста, и охватывает изменения в отпечатках стопы через 1,5 года с начала исследования.

Материал и методы исследования. Это проспективное обсервационное когортное исследование было проведено среди 95 детей от 3 до 7 лет, (сред. $4,7 \pm 1,22$) проживающих в городе Ташкенте. После информированного согласия пациента и одобрения родителей, проведены исследования: плантография, с одновременным оцениванием по шкале коморбидности Charlson, угла по Clarke's, индекс Шиппо-Смирака (CSI), а также проведено общеклиническое рутинное обследование. Все пациенты были распределены на 2 группы, аналогичные по возрасту, полу и степени патологии: I-группа, основная – 45 (47,4%) детей, в лечение которых в комбинации с ЛФК была использована предложенная нами усовершенствованная модель ортопедической стельки; II-группа, контрольная – 50 (52,6%) детей, в лечение которых в комбинации с лечебной физкультурой (ЛФК), применена усовершенствованная модель стельки, содержащая многослойную основу с супинатором.

Результаты исследования. В ходе исследования, в качестве вмешательства использовалась модифицированная стелька для обуви, а CSI измеряли и отслеживали изменения следов через 1,5 года. CSI определяли, как отношение максимальной ширины среднего свода следа (B) к максимальной ширине плюсневой области переднего отдела стопы (A). Критериями определения признаков плоскоподушвенного у детей дошкольного возраста были $CSI > 62,70\%$ для плоскоподушвенного и $CSI \leq 62,70\%$ для нормальной стопы. В ходе исследования определено, что через 1,5 год среднее изменение CSI в группе со стельками было больше. В частности, CSI в группе со стелькой снизился на 9,6%, а в группе без стельки — на 6,1%, ($p < 0,001$). Также, отмечали, что изменения в CSI уменьшались с возрастом, с 8,3% у 3-летних детей до 4,7% у 7-летних детей, причем наибольшее изменение было у 3-летних детей ($r = 0,85$). Результаты показали, что после того, как дети носили стельки в течение 1,5 года, значения CSI уменьшились на 9,7%, а 34,1% отпечатков стопы, первоначально определенных как плоскоподушвенное, были определены как нормальные. Это исследование также продемонстрировало, что изменения значений CSI увеличивались с возрастом и что у 7-летних детей были самые большие изменения ($r = 1,25$). Результаты исследования показали, что проведение комплексного консервативного лечения с применением рекомендуемого нами усовершенствованной модели стельки способствует снижению признаков плоскоподушвенного у детей дошкольного возраста.

Выводы. Несмотря на то, что плоскостопие у детей дошкольного возраста может пройти спонтанно с возрастом, рекомендуемая нами методика комплексного лечения способствует снижению признаков плоскостопия у детей дошкольного возраста в среднем до 34%.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

*Парпиев А. Л., Эшбадалов Х. Ю., Далиев А. Г., Исмоилов Ж. И., Комилов У. М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В некоторых случаях истончение кости в области дна гайморовой пазухи происходит вследствие хронического воспалительного процесса, возникающего в периодонте этих зубов, что влечет за собой инфицирование ее и развитие одонтогенного гайморита. Таким образом, при операции удаления 765!567 зубов, реже 8!8 зубов возникает опасность перфорации дна гайморовой пазухи, особенно у лиц с пневматическим типом строения пазухи, а также в случаях истончения дна пазухи под влиянием деструктивного процесса в самой пазухе или в периапикальных тканях 765!567 зубов. Иногда в зависимости от указанных причин слизистая оболочка дна пазухи может повреждаться при эргономичном продвижении зубоорачебного инструмента вверх, при грубых манипуляциях хирургической ложкой во время кюретажа лунки. Поэтому врачу следует знать симптомы вскрытия гайморовой пазухи и тактику ведения такого больного.

Цель. Определить осложнения со стороны гайморовой пазухи, связанные с операцией удаления зуба.

Материалы и методы. Наши наблюдения касаются 42 больных с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи, возникшей во время операции удаления зуба. Больные находились на стационарном лечении в областной многопрофильной больнице г. Андижана 2018-2021 гг. и поступали из различных стоматологических кабинетов г. Андижана и Андижанской области. Признаками вскрытия пазухи во время операции удаление зубов могут быть: внезапное сильное кровотечение из соответствующей половины носа- этот признак нами отмечен у 2 больных, продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба- этот признак нами отмечен у 6 больных. (В связи с тем, что из 66 больных только у 8 наблюдались эти признаки, то кровотечение, как симптом вскрытия пазухи не следует считать постоянным. Наряду с этим, как правило, при вскрытии пазухи постоянным симптомом является появление пузырьков воздуха из лунки удаленного зуба. При наличии сообщения полости рта с полостью носа отмечался больными ряд функциональных расстройств: гнусавая речь, попадание пищи из полости рта в нос- это самое неприятное ощущение, у мужчин – невозможность курить втяжку. Чтобы ликвидировать эти недостатки, больные закрывают дефекты альвеолярных отростков ватными тампонами, что способствует инфицированию гайморовой пазухи и приводит к развитию гайморита. Из 66 больных с перфорацией гайморовой пазухи из 49 выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки пазухи: острое – 10, хроническое-36, обострение хронического – 3.

Результаты исследования. При наличии такого осложнения, как вскрытие гайморовой пазухи во время операции после удаления зуба, лечебные мероприятия должны быть направлены, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе и альвеолярном отростке, с другой стороны, на разобщение полости рта с пазухой. Для снятия воспалительных явлений в пазухе перед операцией проводилась консервативное лечение: промывание через дефект антисептиками с последующим введением антибиотиков, физиопроцедуры (УВЧ, соллюкс, парафиновые аппликации) на область верхней челюсти, антибиотики вводились внутримышечно.

Выводы. После ликвидации явлений раздражения слизистой пазухи лечение заканчивалось пластическим закрытием дефекта.

ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ АГМИ И ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

*Парпиев Абдумуталлиб Лухмонжонович., Эшбадалов Худойберди Юлдашевич.,
Далиев Адахам Гуломович., Исмоилов Жахонгир Ибрагимович., Комилов Умаржон
Мухаммаджонович*
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В некоторых случаях истончение кости в области дна гайморовой пазухи происходит вследствие хронического воспалительного процесса, возникающего в периодонте этих зубов, что влечет за собой инфицирование ее и развитие одонтогенного гайморита. Таким образом при операции удаления 765!567 зубов, реже 8!8 зубов возникает опасность перфорации дна гайморовой пазухи, особенно у лиц с пневматическим типом строения пазухи, а также в случаях истончения дна пазухи под влиянием деструктивного процесса в самой пазухе или в периапикальных тканях 765!567 зубов. Иногда в зависимости от указанных причин слизистая оболочка дна пазухи может повреждаться при эргономичном продвигании зубоорудия вверх, при грубых манипуляциях хирургической ложкой во время кюретажа лунки. Поэтому врачу следует знать симптомы вскрытия гайморовой пазухи и тактику ведения такого больного.

С целью предупреждения этого осложнения операцию удаления зуба необходимо проводить мягче, менее травматично, соблюдать осторожность при работе элеватором и, если необходимо удалить глубоко расположенную верхушку корня, то лучше вначале произвести операцию альвеолоэктомию.

Материал методы исследования. Наши наблюдения касаются 42 больных с перфорацией нижней стенки гайморовой пазухи, возникшей во время операции удаления зуба. Больные находились на стационарном лечении в областной многопрофильной больницы г. Андижана 2018-2021 гг. и поступали из различных стоматологических кабинетов г. Андижана и Андижанской области. Признаками вскрытия пазухи во время операции удаление зубов могут быть: внезапное сильное кровотечение из соответствующей половины носа- этот признак нами отмечен у 2 больных, продолжительное кровотечение из лунки удаленного зуба- этот признак нами отмечен у 6 больных. (В связи с тем, что из 66 больных только у 8 наблюдались эти признаки, то кровотечение, как симптом вскрытия пазухи не следует считать постоянным. Наряду с этим, как правило, при вскрытии пазухи постоянным симптомом является появление пузырьков воздуха из лунки удаленного зуба. При наличии сообщения полости рта с полостью носа отмечался больными ряд функциональных расстройств: гнусавая речь, попадание пищи из полости рта в нос- это самое неприятное ощущение, у мужчин – невозможность курить втяжку. Чтобы ликвидировать эти недостатки, больные закрывают дефекты альвеолярных отростков ватными тампонами, что способствует инфицированию гайморовой пазухи и приводит к развитию гайморита. Из 66 больных с перфорацией гайморовой пазухи из 49 выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки пазухи: острое – 10, хроническое-36, обострение хронического – 3.

При наличии такого осложнения, как вскрытие гайморовой пазухи во время операции после удаления зуба, лечебные мероприятия должны быть направлены, с одной стороны, на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе и альвеолярном отростке, с другой стороны, на разобщение полости рта с пазухой. Для снятия

воспалительных явлений в пазухе перед операцией проводилась консервативное лечение: промывание через дефект антисептиками с последующим введением антибиотиков, физиопроцедуры (УВЧ, соллюкс, парафиновые аппликации) на область верхней челюсти, антибиотики вводились внутримышечно. После ликвидации явлений раздражения слизистой пазухи лечение заканчивалось пластическим закрытием дефекта.

Выводы. 1. Перфорация стенки гайморовой пазухи, возникающая при операции удаления зуба, в основном зависит от погрешности в оперативной технике. Факторами, способствующими возникновению этого осложнения, являются особенности анатомо-топографического строения верхней челюсти и близость верхушек корней к дну пазухи.

2. При возникновении перфорации дна пазухи и при отсутствии в ней воспалительного процесса необходимо стремиться к сохранению кровяного сгустка в лунке удаленного зуба, который разобьет полость рта с пазухой.

3. При проталкивании корня зуба в пазуху с целью предотвращения гайморита следует проводить раннюю ревизию пазухи с удалением инородного тела.

4. В случаях, когда при дефектах в альвеолярном отростке наблюдаются острые воспалительные явления в пазухе, рекомендуется противовоспалительное лечение и после ликвидации симптомов воспаления – пластическое закрытие дефекта.

5. При развитии хронического гайморита рекомендуется щадящая гайморотомия с одновременным пластическим закрытием дефекта в альвеолярном отростке.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВУЛЬВЫ И ВПЧ-СТАТУСА

Полатова Д.Ш., Наврузова В.С.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
онкологии и радиологии²*

Актуальность проблемы: Рак вульвы относится к одной из наиболее редких форм гинекологических злокачественных опухолей и составляет примерно 6% всех злокачественных новообразований женских половых органов, чаще встречаясь у пожилых женщин. Заболеваемость раком вульвы составляет менее половины процента глобальной заболеваемости злокачественными опухолями. В 2018 г. в мире было зарегистрировано 44 000 новых случаев рака вульвы, в то время как количество смертей составила около 15 000 случаев. Следует отметить, что заболеваемость раком вульвы выше в странах с высоким уровнем доходов, таких как Европе, Северной Америке и Океании. Самые высокие стандартизованные по возрасту (мировые) показатели заболеваемости раком вульвы наблюдаются в Германии (ASR от 4 до 6).

По данным ВОЗ, за последние несколько десятилетий наблюдается омоложение рака вульвы, в сторону его увеличения среди молодых женщин. В связи с разнообразием симптоматики рака вульвы и широким спектром доброкачественных заболеваний данной локализации, его по-прежнему трудно диагностировать, в особенности на ранних стадиях.

Цель исследования: изучить молекулярно-генетические особенности плоскоклеточной карциномы вульвы у пациенток с положительным ВПЧ-статусом.

Методы исследования: в исследование были включены материалы из 76 операций (110 парафиновых блока), которым не были проведены неоадьювантные методы лечения, так как предоперационное воздействие на опухоль могло существенно повлиять на результаты исследования, по причине чего данные образцы не были

включены в исследование. Были проведены иммуногистохимическое исследование, гистологическая верификация, мутационная нагрузка опухоли.

Результаты исследования: Нами были исследованы материалы 76 операций (110 парафиновых блок), которым не были проведены неоадьювантные методы лечения, так как предоперационное воздействие на опухоли мог существенно повлиять на результаты исследования, по причине чего данные образцы не были включены в исследование. Перед молекулярным и ИГХ исследованием все образцы тканей были пересмотрены опытными патологоанатомами. Клинические данные были получены от больных и их медицинских карт, после одобрения этическим комитетом.

Как и в общей группе наиболее часто был диагностирован плоскоклеточная карцинома (56,9%) и интраэпителиальная неоплазия (27,9%).

Нами также было проведено корреляционное исследование взаимосвязи вируса папилломы человека и генетического профиля рака вульвы. Окрашивание 1 лиганда апоптоза (PD-L1) плоскоклеточного рака вульвы, отрицательным результатом на вирус папилломы человека, показало более высокую частоту встречаемости данного лиганда, тогда как при положительном HPV встречаемость PD-L1 было значительной степени низким.

Выводы: было выяснено, что высокая вирусная нагрузка HPV при раке вульвы коррелирует с наличием метастазов в лимфатические узлы, инвазию в строму, степень дифференцировки, а также лимфоваскулярной инвазией не связана со стадией заболевания. Экспрессия PD-L1 рецепторов чаще наблюдается у HPV негативных пациенток раком вульвы, по сравнению с HPV положительными (7,8 против 3,7 $p=0,03$), в то время как у HPV положительных пациенток чаще наблюдалась мутация STK11. При этом мутация PIK3CA E545 встречалась с одинаковой частотой между двумя группами пациенток раком вульвы.

ОЗИҚЛАНИШ ТУРИГА КЎРА ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИ ТАРАҚҚИЁТИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Раимжонов Р. Р. Рахматова М. Х.

- 1. Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш.*
- 2. Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент ш.*

Кириш. Тишларнинг ривожланиши ва тузилиши кўп даврлардан бери олимларни қизиқтириб келмоқда. Ҳозирги кунда ҳам тишлар тараққиётини ёш, жинс, ижтимоий ва жисмоний хусусиятларга боғлиқ ҳолда ўрганишга бўлган талаб кескин ошиб бормоқда. [1, 2, 3, 4].

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Тадқиқот учун оғирлиги ўртача 200-220 гр. бўлган 20 та зотсиз оқ она каламушлар олинди. Улар 2 гуруҳга ажратилди: 1- гуруҳ (n=10): ҳомиладорликнинг 14, 16, 18, 20 кунларида ҳомиласи ўрганиладиган каламушлар гуруҳи; 2- гуруҳ (n=10): туғруқдан кейинги даврда янги туғилган болалари ўрганиладиган каламушлар гуруҳи. 2- гуруҳ каламуш болалари (30 та) ўз навбатида 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди: 2а (n=15) - она сути билан боқилган (назорат гуруҳи) ва 2б (n=15) - онадан эрта (3 кундан кейин) ажратилган ва сунъий озиклантирилган (тажриба гуруҳи) каламуш болалари гуруҳи. Каламуш болалари 7, 14 ва 21- кунлари тажрибадан чиқарилди.

Барча гуруҳларда каламушларнинг юқори ва пастки жағлари, остеогенез ва одонтогенез жараёнлари динамикада морфологик ўрганилди. Микроскопик препаратлар тайёрлаш учун олинган материал Буэн эритмасида ва 12% формалинда фиксация қилинди. 5-7 мкм қалинликдаги кесмалар гематоксилин-эозинда бўялди. Ўрганишни қулайлаштириш учун каламуш ҳомиласи ва янги туғилган болалари пастки жағлари 3 қисмга шартли ажратилди: олдинги (курак тишлар соҳаси) – курак

тишлардан озик тишлар куртакларигача, ўрта – 3 та озик тишлар соҳасигача ва орқа – жағларнинг тож ўсиқларигача.

Олинган натижалар. 14 суткалик каламуш ҳомиласининг юқориги ва пастки жағлари деярли шаклланганлиги аниқланди. Микроскоп остида кўрилганда, улар асосан кам такомиллашган мезенхима ҳужайраларидан иборат бўлиб, улар орасида юпқа деворли қон томирлар ва нерв толалари кузатилди. Пастки жағнинг ўрта қисмида икки томонлама меккел тоғайи куртаги аниқланди. Меккел тоғайи гиалин тоғай тўқимасидан иборат бўлиб, кейинчалик пастки жағнинг суякланишида муҳим роль ўйнайди.

20 суткага келиб, меккел тоғайида дегенератив ўзгаришлар содир бўлди. Тоғай ҳужайралари вакуоллашиб, пикнозга учраш ҳолати кузатилди. Суякланиш жараёни жадаллашди, меккел тоғайи юпқалашиб, тоғай оролчалари кўринишида бўлиб қолди.

Бу даврда назорат гуруҳи каламуш болаларининг юқори ва пастки жағларида курак ва озик тишларининг куртаклари шаклланганлиги маълум бўлди. Тиш формуласи: 3-2-3. Жами 16 та.

Курак тишларнинг олдинги қисмигина эмал билан қопланган бўлиб, орқа қисми эса юмшоқ дентин билан қопланганлиги намоён бўлди. Курак тишларнинг альвеоласи узун қийшиқ канал бўлиб, юқориги жағда у озик тишларигача етиб бормаганлиги, пастки жағда эса курак тишлар альвеоляр канали озик тишлардан ҳам ўтиб орқа жағ соҳасигача етганлиги кузатилди.

Назорат гуруҳида тиш куртаклари тўлиқ кўринмади. Уларда курак ва биринчи жуфт озик тишлар куртаклари аниқланди.

Тажриба гуруҳ каламуш болаларида 14- суткада курак тишлар ёриб чиқди ва оғиз бўшлиғида кўринди. Назорат гуруҳида ушбу муддатда курак тишларнинг ёриб чиқиши кузатилмади.

Тажриба гуруҳ каламуш болалари курак тишлари эмал ва дентин чегараси аниқ эмас, чизиклари тўлиқ шаклланмаган, нотекис ва носимметрик эканлиги маълум бўлди.

Тажрибанинг 21- суткасида назорат гуруҳи ва тажриба гуруҳи каламуш болаларида юқори ва пастки жағларида 2 тадан 4 та курак тишлари ёриб чиққанлиги кузатилди. Назорат гуруҳида юқори ва пастки жағларида бундан ташқари яна бир жуфдан биринчи ва иккинчи озик тишлари оғиз бўшлиғида кўринди. Улар бир текис, симметрик жойлашган. Тажриба гуруҳида курак тишлар ва биринчи озик тишлар аниқланди. Иккинчи озик тишларнинг ёриб чиқиши кузатилмади.

Хулосалар. Шундай қилиб, тажрибада каламушларнинг пре- ва эрта постнатал ривожланиш даврида юқориги ва пастки жағларнинг таракқиёти, остеогенез ва одонтогенез жараёнларини озикланиш турига кўра динамикада морфологик хусусиятларини ўрганиш натижасида қуйидагилар маълум бўлди:

1. Она сути билан озиклантирилган каламуш болаларида жағ суяклари, улардаги остеогенез ва одонтогенез жараёнлари, уларнинг ёриб чиқиши физиологик жиҳатдан ўз вақтида ва патологик ўзгаришларсиз содир бўлди. Эмал ва дентин физиологик чизикларга эга, улар текис ва симметрик йўналган. Пульпа сийрак толали бириктирувчи тўқимадан иборат, қон томирлар ва нерв толалардан иборат. 21 суткага келиб 2 тадан 4та курак ва биринчи ва иккинчи жуфт (8 та) озик тишлари мавжуд. Учинчи жуфт (4 та) озик тишлар куртаклари мавжуд, лекин улар ёриб чиқмаган.

2. Онадан эрта ажратилган (3 суткадан сўнг) ва сунъий озиклантирилган каламуш болаларининг жағ суяклари, улардаги остеогенез ва одонтогенез жараёнлари физиологик муддатлардан биров орқада қолди, бироқ патологик ўзгаришларсиз содир бўлди. Эмал ва дентин микроскоп остида ўрганилганда, улар орасида аниқ чегара йўқ, чизиклари нотекис ва носимметрик йўналганлиги маълум бўлди. Бу бизнингча оҳакланиш жараёнининг бузилганлигидан далолат беради. Пульпа сийрак толали бириктирувчи тўқимадан иборат, қон томирлар ва нерв толалардан иборат. 21 суткага келиб ушбу гуруҳда 2 тадан 4 та курак тишлари ва биринчи жуфт (4 та) озик тишлари

аниқланди. Иккинчи жуфт озик тишлар (4 та) куртаклари мавжуд, лекин улар ёриб чикмаган. Учинчи жуфт озик тишлар куртаклари аниқланмади.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Расулова И.А., Хамдамов А.Б.

Бухарский государственный медицинский институт.

Актуальность. Несмотря на подробное освещение в литературе об участии клеточных и гуморальных факторов в формировании кожного лейшманиоза, сведения об их состоянии у больных кожным лейшманиозом в доступной в литературе очень скудные.

Цель исследования. Разработать метод патогенетической терапии кожного лейшманиоза на основе изучения иммунной-биохимических исследований.

Материал и методы исследования. Иммунологические показатели были изучены у 119 больных кожным лейшманиозом. Из них у 38 больных была диагностирована бугорковая форма кожного лейшманиоза, у 52 – изъязвленные лейшманиомы, у 22 – изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения с лимфангоитами и у 7 – металеишманиоз. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 40 лет. Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии антигенов CD-дифференцированных и активационных. Определение маркеров иммунокомпетентных клеток проводили методом непрямого розеткообразования с использованием иммунореакта – эритроциты человека 0 (I) группы Rh⁻, нагруженных через 3% раствор хлорного хрома моноклональными антителами (производство ООО «Сорбент», Москва, РФ) специфичности CD3 – для рецепторов Т-лимфоцитов, CD4 – для Т-хелперов/индукторов, CD8 – для Т-супрессоров/цитотоксических лимфоцитов, CD19 – для В-лимфоцитов.

Результаты исследования. Исследования показали что у больных кожным лейшманиозом общей группы до начала лечения наблюдается достоверное повышение абсолютного числа лейкоцитов (5800 ± 75 кл/мкл) по сравнению с данными контрольной группы (5380 ± 82 кл/мкл). Относительное и абсолютное количество лимфоцитов оставалось на уровне контрольных значений ($p > 0,05$). Исследование состояния клеточного звена иммунной системы показало, что у больных общей группы отмечается статистически достоверное снижение как относительного количества CD3-клеток ($p < 0,001$), так и абсолютного числа CD3-клеток ($p < 0,05$) и в среднем они равнялись $48,27 \pm 0,40\%$ и 881 ± 19 кл/мкл соответственно против $58,15 \pm 0,74\%$ и 1013 ± 31 кл/мкл соответственно в контроле. Изучение содержания субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показало, что у больных кожным лейшманиозом до начала лечения по сравнению с данными контрольной группы относительное и абсолютное количество CD4-клеток было достоверно снижено и в среднем равнялось $30,23 \pm 0,36\%$ и 550 ± 12 кл/мкл соответственно против $38,30 \pm 0,38\%$ и 652 ± 24 кл/мкл соответственно в контроле. Содержание другой популяции Т-лимфоцитов – CD8-клеток было склонно к повышению ($p > 0,05$) по сравнению с данными контрольной группы. У больных данной группы показатель иммунорегуляторного индекса, то есть соотношение CD4/CD8 клеток, был достоверно снижен ($p < 0,001$) и в среднем был равен $1,56 \pm 0,03$ против $2,04 \pm 0,05$ в контроле.

При исследовании состояния гуморального звена иммунной системы выявлено, что у больных кожным лейшманиозом общей группы отмечалось статистически достоверное увеличение как относительного ($23,52 \pm 0,53\%$ при $16,80 \pm 0,39\%$ в норме, $p < 0,001$), так и абсолютного (429 ± 13 кл/мкл против 288 ± 11 кл/мкл в контроле,

$p < 0,05$) числа CD19-клеток. Изучение концентрации сывороточных иммуноглобулинов показало, что у больных данной группы наблюдалось достоверное повышение уровня трех классов иммуноглобулинов IgA, IgM и IgG по отношению к контролю ($p < 0,001$). Наиболее выраженные изменения были обнаружены при определении в сыворотке крови количества циркулирующих иммунных комплексов. В обследованной группе больных наблюдалось более 2 кратное увеличение уровня ЦИК по сравнению с группой контроля и в среднем он составил $30,43 \pm 0,62$ у.е против $13,95 \pm 0,48$ у.е в контроле.

Полученные нами данные показывают, что в целом у больных кожным лейшманиозом наблюдается нарушение в иммунной системе, которое выражается снижением активности клеточного и усилением гуморального звена иммунитета организма. В дальнейших исследованиях нами было изучено состояние иммунного статуса больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинической формы заболевания. Выявленные закономерности в динамике иммунологических показателях, при определении иммунного статуса у больных кожным лейшманиозом без дифференцирования их по клиническим формам сохраняются и при выделении их в отдельные группы.

Результаты исследования показали, что у больных бугорковой формой кожного лейшманиоза наблюдалось достоверное снижение относительного количества CD3-клеток ($p < 0,05$). В тоже время, абсолютное содержание CD3-клеток у больных данной группы по сравнению с контролем особо не изменялось ($p > 0,05$). Анализ содержания субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показал, что у больных данной группы до начала лечения относительное количество CD4-клеток ($p < 0,05$) было статистически достоверно снижено по сравнению с контрольной группой и в среднем равнялось $33,95 \pm 0,55\%$ против $38,30 \pm 0,38\%$ в контроле. Абсолютное число CD4-клеток оставалось на уровне данных контрольной группы ($p > 0,05$). Содержание другой популяции Т-лимфоцитов – CD8-клеток не имело статистически значимых различий с контрольной группой ($p > 0,05$). Наряду с этим отмечалось снижение показателя иммунорегуляторного индекса в 1,1 раз по отношению с показателем контрольной группы.

Исследование состояния гуморального звена иммунитета показал, что у больных данной группы отмечается достоверное увеличение как относительного, так и абсолютного ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно) содержания CD19-клеток. Изучение уровня иммуноглобулинов выявило, что у больных бугорковой формой кожного лейшманиоза в сыворотке крови наблюдается статистически достоверное повышение концентрации IgA ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$) и IgG ($p < 0,001$). У больных данной группы по сравнению с контролем в сыворотке крови отмечается в 1,9 раза увеличение содержания ЦИК.

Выводы. У больных во всех клинических формах кожного лейшманиоза наблюдается нарушение в работе иммунной системы, выражающееся дисбалансом как клеточного, так и гуморального звеньев иммунной системы организма.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Рахманов Х.А. , Исламов Ш.Э., Рахимов Н.М.
Самаркандский Государственный медицинский университет*

Актуальность проблемы. Среди заболеваемости мужского населения патология предстательной железы занимает одно из ведущих мест. Воспаление простаты или простатит чаще встречается у молодых мужчин, доброкачественная (аденома) и злокачественная (рак) опухоли — заболевания характерны для пожилого

возраста. При этом, основными уточняющими методами лучевой диагностики, после выявления патологии предстательной железы ультразвуковым обследованием или ее маркерного определения, являются: рентгеновская, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Цель исследования – установить диагностические признаки рака предстательной железы на основе комплексного применения современных методов лучевого обследования.

Материал и методы исследования. В качестве объектов исследовались живые люди – пациенты с раком предстательной железы, находившиеся на стационарном лечении в Самаркандском областном филиале Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Онкологии и Радиологии (20), анализировались их медицинские документы (истории болезни), а также результаты клиничко-лабораторных исследований, данные морфологических исследований. всем сделана компьютерная томография высокого разрешения органов малого таза.

Результаты исследования. Установлено, что ранними лучевыми признаками рака простаты являются: эхографическими - резкое локальное снижение эхогенности в периферическом отделе предстательной железы; компьютерно-томографическими — локальное снижение плотности ниже 20 H11; магнитно-резонансными — снижение (приближение) водянистости (плотности) локального участка простаты. Магнитно-резонансная томография простаты обладает наибольшей чувствительностью (0,89) и специфичностью (0,78), и может применяться как высокоинформативный уточняющий метод, позволяющий детализировать узловые, очаговые, кистозные образования предстательной железы, выявленные при ультразвуковом исследовании, как и при подозрении на ее злокачественное поражение при маркерном анализе, и с наибольшей достоверностью судить о распространении опухоли за пределы капсулы железы. Компьютерная томография обладает меньшей чувствительностью (0,79) и специфичностью (0,55), и может применяться как уточняющий метод для определения распространенности рака в пределах органа, при T3-T4 стадии рака - для определения степени инвазии и распространенности процесса на парапростатические органы, и при поражении регионарных и подвздошных лимфатических узлов. Компьютерная томография не визуализирует многие включения и образования в структуре железы размером менее 3 мм.

Выводы. Следовательно, детализирована компьютерно-томографическая и магнитно-резонансная семиотика рака предстательной железы. Данные КТ и МРТ об особенностях структуры предстательной железы, при ее злокачественном поражении, сопоставлены с клиническими и гистоморфологическими. Установлена роль компьютерно-томографического и магнитно-резонансного методов обследования в ранней диагностике и выборе оптимального варианта лечения при раке предстательной железы. Изучены и гистоморфологически верифицированы лучевые признаки ранних стадий рака простаты.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рахматуллаев Ж. С.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования : Определить причины развития послеоперационных осложнений, характеризующихся развитием органных дисфункций у больных с ОИНК на основании анализа периоперационного клинического статуса пациентов.

Материалы и методы : Настоящее исследование являлось ретроспективным и состояло из 4-х этапов, в которых больные с ОИНК разделялись на группы в

зависимости от тех или иных критериев. В первой части нашего исследования пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от степени острой ишемии нижних конечностей: 67, 62 и 12 пациентов состояло в 1-й (IIa степень ОИНК), 2-й (IIб степень ОИНК) и 3-й группе (IIв степень ОИНК), соответственно. При сравнении демографических и исходных клинических параметров больных, разделенных на группы по критерию острой ишемии, было выявлено, что все пациенты представляли собой относительно однородную популяционную группу. Далее нами была проведена оценка результатов, при которой мы применили разделение пациентов по критерию уровня поражения анатомического сегмента артерий нижних конечностей: 1-я группа – поражение аорто-подвздошного сегмента, 2-я группа - поражение бедренно-подколенного сегмента. На третьем этапе оценки результатов мы разделили больных в зависимости от наличия у них в дооперационном периоде острого почечного повреждения. В последней части работы оценка параметров выполнялась при предварительном разделении пациентов в зависимости от исходного уровня КФК: выше и ниже 744 Ед/л (объяснение уровня данного числового показателя приводится в соответствующем разделе).

Результаты исследования : Опубликованные данные метаанализов об ОИНК, отражающие частоту утраты конечности, сообщают о 12-30% частоте ампутаций в течение месяца после дебюта тромбоэмболии, летальность в аналогичный период составляет 915% и достигает 20% в течение года . Проведение системной антикоагулянтной терапии и реваскуляризации конечности, проведенных в кратчайшие сроки существенно улучшают прогноз для пациентов такого профиля. Ряд клинических исследований, сравнивающих результаты интраартериального тромболизиса и открытого хирургического вмешательства, выполненного в качестве первичного подхода к лечению ОИ, показали сходные результаты для данных двух процедур. Однако время, необходимое для элиминации тромбоэмболического субстрата в случае тромболизиса, ограничивает применение данного метода лечения у пациентов с жизнеопасной конечностью, небольшой продолжительностью ОИ и малой её тяжестью. Следовательно, высокий процент таких пациентов все равно будет нуждаться в экстренной хирургической реваскуляризации. В исследовании 2013 года Varil и соавт. проанализировали 323 выполненных шунтирования на артериях НК в 30 больницах, входящих в New England Vascular Study Group. В этом исследовании сообщалось, что частота возникновения госпитальных осложнений была выше у пациентов, показанием к хирургическому лечению у которых была именно ОИНК, чем у пациентов имеющих любые другие показания к оперативному вмешательству на сосудах НК. Частота проведения крупных ампутаций и смертность в течение 1-го года после хирургического лечения была выше у пациентов с ОИНК .

ВЫВОДЫ

1. Степень острой ишемии нижних конечностей непосредственно влияет на частоту развития послеоперационных осложнений, но не оказывает влияния на показатели послеоперационной летальности:

- сердечно-сосудистая дисфункция более чем в 2,5 раза чаще развивается у пациентов с IIв степенью по сравнению с пациентами с IIб и IIа степенью ОИНК — 6 (50%) против 11 (17,7%) и 6 (50%) против 8 (11,9%), соответственно, $p < 0,05$.
- дисфункция дыхания в 3 раза чаще возникает у пациентов с IIв степенью, чем у пациентов с IIа и IIб степенями ОИНК — 6 (50%) против 11 (16,4%) и 6 (50%) против 11 (17,7%), соответственно, $p < 0,05$.
- неврологические осложнения практически в 4 раза чаще развиваются у пациентов с IIв степенью по сравнению с пациентами IIа и IIб степенями ОИНК — 4 (33,3%) против 6 (9%) и 4 (33,3%) против 5 (8,1%), соответственно, $p < 0,05$;

- СПОН возникает более чем в 10 раз чаще у пациентов с Пв степенью, чем у пациентов с Па и Пб степенями ОИНК — 5 (41,7%) против 2 (3%) и 5 (41,7%) против 2 (3,2%), соответственно, $p < 0,05$.
- 2. Анатомический уровень пораженного сегмента кровотока артерий нижних конечностей не влияет на тяжесть течения заболевания в послеоперационном периоде, но при этом у больных с тромбозом на уровне проксимального сегмента летальность более чем в 2 раза превышает данный показатель у пациентов с дистальным поражением: 9 (21,4%) против 10 (10,1%) в группах с поражением аорто-подвздошного и бедренно-дистального сегментов, соответственно, $p < 0,05$.
- 3. Исходное наличие острого почечного повреждения, обусловленного острой ишемией нижних конечностей, выявляется, примерно, у четверти больных и влияет на частоту, характер и тяжесть послеоперационных осложнений, а также на показатель послеоперационной летальности, увеличивая ее в 4 раза — 11 126 (32,6%) против 8 (7,5%) в группах пациентов с наличием и отсутствием исходного ОПП, соответственно, p
- 4. Объем повреждения мышечной ткани в условиях острой ишемии нижних конечностей влияет на степень активности креатинфосфокиназы. Превышение уровня КФК более 744 Ед/л напрямую отражается на развитии послеоперационных органических дисфункций и на параметрах послеоперационной летальности, увеличивая ее вероятность практически в 4 раза: 14 (23,3%) против 5 (6,1%) в группах пациентов с $\text{КФК} > 744$ Ед/л и $\text{КФК} < 744$ Ед/л, соответственно, p

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Рузиев А.Э., Рузиев А.А., Уракова К.Х.
Бухарский государственный медицинский институт*

Актуальность. Язвенный колит – один из самых значимых проблем современной гастроэнтерологии. Постоянный рост заболеваемости, инвалидизация населения, а также большая распространенность подавляющего числа случаев среди трудоспособного населения в возрасте 20–40 лет, делает данную патологию социально значимой. Язвенный колит протекает с различными жизнеугрожающими осложнениями таких, как: сужение, перфорация, кровотечение, псевдополипоз, дистрофия, кахексия и др.

За последние десятилетия взгляд на оказание хирургической помощи больным с язвенным колитом претерпел значительное эволюционное развитие. До настоящего времени частота ранних послеоперационных осложнений при плановых вмешательствах доходит до 10%, при экстренных – до 60%, а летальность колеблется от 12 до 50%. Нерешенность этих вопросов делает проблему язвенного колита актуальной по отношению его лечения.

Целью исследования является оценить результаты консервативного и хирургического методов лечения и профилактики язвенного колита в условиях стационара.

Материал и методы Нами проведен ретроспективный анализ результатов консервативного и оперативного методов лечения больных с язвенным колитом, находившихся в колопроктологическом отделении клиники АГМИ за период с 2011 по 2021 год. Все пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, получавшие консервативное лечение ($n=822$), а во второй – пациенты которым произведена операция ($n=165$).

Все пациенты, находившиеся на стационарном лечении распределены по полу и возрасту: мужчины были в количестве 473, а женщины 514; возраст от 16 до 20 лет были у 156 больных; от 21 до 30 у 247; от 31 до 40 у 213; от 41 до 50 лет у 97; от 51 до 60 у 80; от 61 до 70 у 185 и более 70 лет у 9 больных. Эти анализы показывают, что наибольшее количество больных были трудоспособного возраста и при этом с незначительным процентом преобладали женщины.

При поступлении в стационар и выписке все больные обследовались по единой программе, включающей клинико-эндоскопические, рентгенологические, морфологические, микробиологические и лабораторные исследования. У всех пациентов применяли фиброколоноскопию и ректоромonosкопию. У 27 больных с тяжелой формой заболевания эндоскопическое исследование ограничивали ректоромonosкопией, из-за опасности перфорации глубоких язв толстой кишки.

При ирригоскопии (графии) обращали внимание на характерное отсутствие гаустр, сглаженность контуров, изъязвления, отек, зубчатость, двойной контур, псевдополипоз, перестройку по продольному типу складок слизистой оболочки, наличие свободной слизи.

У больных с выраженным обострением язвенного колита, а также диагностики возможных осложнений таких, как выявления свободного газа в брюшной полости, диагностики токсической дилатации и кишечной непроходимости выполняли обзорное рентгеновское исследование брюшной полости.

Результаты исследования Оценочный ретроспективный анализ консервативного и хирургического методов лечения и профилактики язвенного колита в условиях стационара показывает, что в 46,6 % случаев пик этой заболеваемости приходится на возрастную группу от 20 до 40 лет. Консервативная терапия в данном исследовании составляла 83,3 % случаев, а оперативные вмешательства применялись 16,7 % случаев. Кроме того, более 10 лет существующий язвенный колит часто малигнизируется в онкологический процесс. И это подтвердилось анализами у 8 наших пациентов, которые в анамнезе страдали язвенным колитом около 10 лет и более.

Среди оперированных больных в 2 случаях наблюдался летальный исход, причиной тому было тяжелое состояние, обусловленное соматическими сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы тяжелой степени и на фоне профузной кровотечении с кахексией.

Выводы: 1. Основываясь на результаты ретроспективного анализа консервативного и хирургического методов лечения неспецифического язвенного колита, это заболевание часто встречается в молодом трудоспособном возрасте, являющееся максимально активным в социальном отношении, особенно у женщин. 2. Показаниями к плановым оперативным вмешательствам при язвенном колите являются: наблюдаемые частые рецидивы заболевания, несмотря на комплексное консервативное лечение, местное и общее осложнение заболевания, гармонорезистентность, высокая и средняя степень дисплазии кишечного эпителия при длительности заболевания. 3. Мы предлагаем и поддерживаем индивидуальный подход к каждому пациенту по отношению оперативного лечения НЯК. Своевременно выполненные оперативные вмешательства позволят снизить летальность, улучшить результаты лечения, прогноз и качество жизни

СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА.

Рустамов И.М., Хамидова М.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Радикальным способом лечения желчнокаменной болезни является хирургический, при котором производится холецистэктомия. Холецистэктомия в настоящее время в ведущих клиниках выполняется как лапароскопическим способом, так и из минилапаротомного доступа.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа показана у пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями (наличие противопоказаний к наложению пневмоперитонеума) и инфильтративно – спаечном процессе в перивезикальной области.

Для проведения минилапаротомной холецистэктомии применяется общепризнанная техника, предложенная М.И. Прудковым (1993).

Материал и методы исследования. В клинике применяются все три основные технологии, оперирования различных форм ЖКБ: традиционная ХЭ произведена у 156 пациентов. ЛХЭ – 724, ХЭ из минидоступа – 162.

Пациенты, у которых в клинике был использован минилапаротомный доступ, были в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст составил $53,16 \pm 14,19$ лет), среди них было: женщин - 91 (89,2%), мужчин - 11 (10,8%).

Чаще всего (41,8%) показания к минилапаротомной холецистэктомии возникали у пациентов с выраженными сердечно – сосудистыми нарушениями, когда было опасно повышение внутрибрюшного давления при искусственном перитонеуме, а также 42,2% – при обострении воспалительного процесса в желчном пузыре (длительностью более 48 часов), либо хронической эмпиемой желчного пузыря пере везикулярными инфильтратами и абсцессами, что до операции определены по данным УЗИ.

Результаты и обсуждение. Разрез передней брюшной стенки выполняли отступя на 2 поперечных пальца вправо от срединной линии от реберной дуги вертикально вниз длиной до 5 см. После рассечения кожи и подкожно жировой клетчатки вертикально вскрывалась передняя стенка влагалища прямой мышцы, затем волокна прямой мышцы живота расслаиваются влево и вправо, после чего разрезается задняя стенка влагалища последней и брюшины. Важным этапом операции является установка крючков-зеркал. Возможность изменять угол наклона погружной части ретрактора и закрепить ее в заданном положении позволяет при длине разреза брюшной стенки 3-5 см зону адекватного осмотра доступного для манипуляции в подпеченочном пространстве достаточную для выполнения ХЭ и вмешательства на протоках. При этом необходимо войти в брюшную полость правее круглой связки печени. Для уменьшения глубины раны брюшина фиксировалась к коже отдельными узловыми швами по середине краев и углам раны.

После правильной установки системы крючков, салфеток и световода, хирург отчетливо видит нижнюю поверхность правой доли печени, желчный пузырь, а при его отведении - гепатодуоденальную связку и 12 перстную кишку.

Через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее минилапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными браншами. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку.

Проведению манипуляций, для пересечения пузырного протока и артерии, не мешают другие инструменты (обычно это 2 зажима типа Люэра, которым захватывается дно и шейка желчного пузыря).

После пересечения пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из минилапаротомной раны. Дренажная трубка устанавливается в подпеченочной области и выводится наружу из ранее наложенного прокола на передней брюшной стенке.

Предлагаемый способ имеет ряд преимуществ: 1) обеспечивается адекватная визуализация области шейки желчного пузыря; 2) обеспечивается безопасное пересечение пузырного протока и артерии; 3) снижается риск повреждения внепеченочных желчных путей; 4) сокращается продолжительность операции; 5) снижается число интра- и послеоперационных осложнений; 6) выполнение этапа ХЭ отличается от традиционной необходимостью «дистанционного» оперирования, невозможностью ввести руку в брюшную полость.

Выводы. У 95 больных ХЭ производилась от шейки, 67 при технических сложностях манипуляции в области ворот печени, обусловленных выраженными спаечно-инфильтративными изменениями выполняли ХЭ от дна. У 21 пациента прибегали к предварительной опорожнению желчного пузыря и при этом большие конкременты отодвигались ко дну пузыря или удалялись, что облегчалось

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ.

Рустамов И.М., Хамидова М.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: В современной литературе гангрена Фурнье трактуется как специфическая форма прогрессирующего некротизирующего фасциита, характеризующегося обширным гнойно-некротическим поражением поверхностной фасции и распространением процесса по фасциальным пространствам, протекающего с типичными симптомами синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) и манифестирующего явлениями системного эндотоксикоза и полиорганной недостаточности.

Одним из наиболее характерных местных признаков гангрены Фурнье является несоответствие между относительно ограниченным локальным некрозом кожи и обширным гнойно-некротическим поражением подкожной жировой клетчатки и фасции (феномен «верхушки айсберга»). Другая особенность гангрены Фурнье заключается в том, что, несмотря на обширное гнойно-некротическое поражение кожи мошонки, яички, как правило, в процесс не вовлекаются и остаются интактными. Сохранение жизнеспособности тестикулов объясняется не столько особенностями органной гемодинамики, сколько автономностью их кровоснабжения, не зависящей от кровообращения мошонки и полового члена.

Клиническое течение гангрены Фурнье в формате хирургического сепсиса отличается особой тяжестью, характеризуется развитием полиорганной недостаточности и сопровождается высокой летальностью (от 50 до 75%).

Летальность при гангрене Фурнье составляет 26,7-40%, при тяжелых формах достигает 80%, в группе неоперированных близка к 100%.

Цель исследования: Представить анализ результатов хирургического лечения больных гангреней Фурнье.

Материал и методы исследования: За последние 15 лет (с 2002 по 2022 гг.) в отделении проктологии клиники СамГМУ находились 13 больных с гангреней мошонки (болезнь Фурнье). Возраст больных колебался от 30 до 60 лет.

Нозологическими причинами гангрены Фурнье явились заболевания колоректальной зоны (13 больных).

Сахарный диабет выявлен у 3 больных. В течение 3 сут от начала заболевания в клинику госпитализированы 4 больных, в интервале от 4 до 7 сут - 9 больных.

Медленно прогрессирующая (ограниченная) форма заболевания отмечена у 4 больных, у которых некротический процесс ограничивался пределами мошонки. Молниеносная и быстро прогрессирующая (распространенная) формы гангрены Фурнье имелись у 9 больных. Местные проявления характеризовались первичным некрозом кожи, подкожной жировой клетчатки мошонки и полового члена, гнойно-некротическим расплавлением как поверхностной, так и глубокой фасции с распространением инфекционно-деструктивного процесса на лобок, подвздошные области, бедра и промежность.

Результаты исследования: Лечение больных заключалось в более широком иссечении некротизированных тканей, вскрытии и дренировании гнойных затеков. Задачами оперативного лечения являлись также реконструкция мошонки и, по показаниям, восстановительные операции, направленные на замещение утраченных покровных тканей и коррекцию дефектов пораженных зон.

Предоперационное обследование включало стандартные общеклинические, лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям назначали консультацию врачей-специалистов.

Оперативные вмешательства выполняли в условиях общего наркоза или спинальной или продленной перидуральной анестезии. Продленную перидуральную блокаду, как метод оптимальной анестезии, проводили и в послеоперационном периоде в течение 3-5 суток, что позволило делать перевязки безболезненно и отказаться от использования наркотических анальгетиков.

Из 13 больных пяти больным этапные некрэктомии произведены 3 раза, четырем - 4 раза, четырем - 5 раз. При микробиологических исследованиях отделяемого из ран у 11 (92%) из 13 больных высевались как облигатно анаэробные (*Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp.), так и аэробно-грамположительные (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*) и грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*) микроорганизмы.

Комплекс лечения включал комбинированную антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, дезинтоксикационную терапию, адекватную коррекцию метаболических нарушений, стимуляцию иммунобиологической реактивности организма и репаративных процессов в ране.

Местное лечение раны проводили растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода, 0,5% раствор калия перманганата, фурациллин, 1% раствор диоксидина) с применением влажно-высыхающих повязок. В этой фазе для местной санации раны широко использовали антисептический раствор декасан. С целью ускорения отторжения гнойно-некротических масс и очищения ран в ряде наблюдений использовали растворы протеолитических ферментов (трипсин, химопсин).

У 8 из 13 больных в комплексе местного лечения ран применяли инфракрасный луч, у 5 - кварцевое облучение раневой поверхности. Использовали мази на гидрофильной основе (левомеколь), дающие высокие дегидратирующий и saniрующий эффекты. При смене экссудативной фазы на пролиферативную с целью стимуляции метаболических и репаративных процессов в ране и формирования соединительной ткани применяли мази топического действия (солкосерил, метилурацил).

Комплексное лечение позволило постепенно стабилизировать состояние 9 из 13 больных, купировать явления эндотоксикоза, локализовать гнойно-некротический процесс в пределах пораженных зон, стимулировать репаративные процессы в ране.

У 8 из 13 больных имелась ограниченная форма гангрены Фурнье. У 3 из 8 больных ограниченные раневые дефекты мошонки заживали вторичным натяжением

через рубцевание. В 5 наблюдениях при обширных дефектах мошонки с полным обнажением яичек и семенных канатиков после очищения ран выполняли реконструкцию мошонки за счет местных тканей путем мобилизации краев раневых дефектов и наложения вторичных швов.

Из 13 больных умерло 4 (24%), у которых летальный исход был обусловлен поздней госпитализацией и запоздалой операцией. У всех умерших имелась распространенная форма гангрены Фурнье, которая характеризовалась молниеносным и быстро прогрессирующим течением, обширным поражением мошонки, полового члена с распространением гнилостно-некротического процесса на переднюю брюшную стенку, бедра и промежность. Причинами смерти послужили инфекционно-токсический шок (1 больной), прогрессирующий эндотоксикоз (2 больных) и тромбоэмболия легочной артерии (1 больной).

Выводы: Таким образом, ранняя диагностика и активная тактика, применяемая с целью радикальной хирургической обработки гнойно-некротического очага, в сочетании с этапной санационной некрэктомией, комплексная система местного лечения раны, целенаправленная и многокомпонентная коррекция системных и метаболических нарушений гомеостаза являются реальными путями улучшения результатов лечения больных.

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ

*Рустамов У.М., Хамраев О.А., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

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

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

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

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

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

ХОМИЛАДОРЛИК ПИЕЛОНЕФРИТИДА ОПТИМАЛ ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ

*Рустамов У.М., Хамраев О.А., Садиқова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти*

Хомиладорликда уродинамикани бузилиши буйракни косача-жомча системасида сийдик димланиши, буйрак паренхимасида йирингли жараёнлар ва уросепсисга олиб келади. Сийдик оқимини тиклаш усуллари, уни бажариш муддатлари хозирги вақтгача муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: хомиладорлик пиелонефритини самарали даволаш усуллари аниқлаш.

Текширув материали ва усуллари: АДТИ урология бўлимида 2018-2021 йилларда 325 нафар бемор ўткир обструктив пиелонефрит билан ётиб даволанган. Уларни ёши 18 дан 39 ёшгача. Булардан 210 таси ўнг томонлама, 115 таси чап томонлама ўткир пиелонефрит ташхиси билан даволанган. Ташхис қўйиш учун умумклиник, лаборатор, ультратовуш, эндокоспик текширувлардан фойдаланилди.

Текширув натижаси: шуни кўрсатдики барча беморларда пиурия, бактериурия, қонда лейкоцитар формулани чапга силжиши ва ЭЧТ ни ортиши, қонда мочевино креатинин миқдорини ортиши кузатилди.

Беморларга тиббий ёрдам бериш учун 3 гуруҳга бўлди.

1. Қисман пиелоколикоектазияси бор беморлар (81).
2. Қисман пиелоектазияси бор беморлар (92).
3. 152 та беморда ривожланган пиелоектазия ифодаланган.

1-гуруҳдаги беморларни даволашга спазмолитиклар, холатига қараб тизза- тирсак холатида туриш, беморни соғлом томонга ёнбошлатиш.

2-гуруҳдаги беморларга сийдик найи катетеризацияси ёки стент қўйилди.

3-гуруҳдаги беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилди ва антибактериал муолажалар олди. Беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилгандан сўнг ўткир яллиғланиш белгилари ва оғриқлар йўқолди. Тана харорати меъёрлашди. Умумий ахволи яхшиланди.

Хулоса: текширувларимизга асосланиб, буйракни ўз вақтида ва тўғри дренажлаш хомиладорликни енгил ўтишида, хомилини ўз вақтида ва асоратсиз туғилишида муҳим аҳамиятга эга.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ДЛЯ ВОССОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ЛЕТАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж.

*Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Хирургии имени акад. В.Вахидова*

Актуальность: Паренхима селезенки не сокращается при травматизации, поэтому кровотечение может быть интенсивным и длительным. Основной причиной кровотечения считается обильная сосудистая сеть и переполнение кровью, а также плохая сократимость паренхимы селезенки, ведущей к продолжительному кровотечению даже при небольших травмах. В настоящее время нет адекватных моделей, которые могли бы воссоздать повреждение селезенки у экспериментальных животных с кровотечением аналогичным у человека. Новая модель позволяет оценить эффективность различных методов гемостаза при повреждении селезенки, которое может быть использовано в клинической практике.

Цель - разработать новый метод, позволяющий добиться активного кровотечения, которое рецидивирует и приводит к летальному исходу без лечебных мероприятий.

Материалы и методы: Для решения поставленных задач предлагается способ экспериментального моделирования повреждения селезенки у крыс со смешанным кровотечением путем нанесения раны скальпелем, отличающийся тем, что линейная рана наносится по наружной поверхности селезенки до капсулы внутреннего края селезенки на длину до 2 см. При этом достигается активное смешанное кровотечение, которое не имеет тенденции к самостоятельной остановке. Известны способы формирования модели повреждения паренхиматозного органа путем нанесения поверхностной раны с использованием абразивного инструмента, однако в таких случаях моделируется капиллярное кровотечение. При абразивном воздействии повреждается капсула паренхиматозного органа, надо отметить, что у крыс после повреждения капсулы селезенки кровотечение может остановиться спонтанно, тогда как у человека бывает продолжительным. Основная причина в том, что у крысы наблюдается капиллярное кровотечение, тогда как при повреждениях селезенки у человека развивается смешанное кровотечение. Поэтому использовать абразивный метод повреждения паренхиматозного органа у экспериментального животного с последующим его хирургическим лечением и экстраполяцией полученных результатов на возможное повреждение у человеческого органа неправильно и недостоверно.

Результаты: Моделируется повреждение селезенки у крыс со смешанным кровотечением путем нанесения раны скальпелем, при этом наносится линейная рана по наружной поверхности селезенки до капсулы внутреннего края селезенки на длину до 2 см. Селезенка у крыс варьирует в зависимости от возраста и веса животных. Средний размер селезенки крысы весом 250-300 гр в длину составляет до 3 см., поэтому при длине разреза до 2 см достигается субтотальное рассечение паренхимы. При этом достигается активное смешанное кровотечение, которое не имеет тенденции к самостоятельной остановке.

Интенсивность кровотечения оценивалась путем прикладывания сухих марлевых шариков и салфеток до полной самостоятельной остановки кровотечения. В результате исследования было установлено, что созданная модель вызывает кровотечение смешанного типа, которое продолжается в течение 5-10 минут с потерей до 1,5-2 мл крови, что составляет свыше 30% ОЦК. После достижения гемостаза брюшная полость ушита наглухо. После операции животные довольно долго просыпались. Активность животных вялая. На следующие сутки установлено, что из 4 оперированных особей летальный исход наступил у 2. При вскрытии брюшной полости отмечено наличие жидкой крови со сгустками, цвет внутренних органов анемичный. Выведение из эксперимента двух других крыс позволило установить наличие до 1 мл жидкой крови в брюшной полости, а также больших размеров гематомы в области раны селезенки.

Таким образом, предложенный способ отличается новизной и характеризуется достижением активного кровотечения из селезенки у экспериментального животного, которое не имеет тенденцию к самостоятельной остановке и без гемостаза повторяющиеся кровопотери приводят к летальному исходу. Преимущества нового способа: возможность добиться активного кровотечения, которое не имеет тенденцию к самостоятельной остановке и без гемостаза повторяющиеся кровопотери приводят к летальному исходу; способ легко воспроизводим и не требует специального инструмента; способ позволяет оценить эффективность локальных гемостатиков как по эффективности первичного гемостаза, так и по вероятности рецидивов кровотечения.

Выводы: Можно заключить, что созданная модель раны селезенки в адекватной степени моделирует небольшие раны селезенки у человека. Без применения гемостатических средств кровотечение имеет слабую тенденцию к остановке, а в послеоперационном периоде может возобновиться с летальным исходом.

**ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТА «ХЕМОБЕН» НА
МОДЕЛИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ НА ФОНЕ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ**

Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж.

*Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Хирургии имени акад. В.Вахидова*

Актуальность: В хирургии часто применяют различные гемостатические губки для остановки внутреннего кровотечения. В условиях же гипокоагуляции остановка кровотечения и его контроль в последующем становится еще более сложной задачей, требующей своего решения, так как большинство препаратов местного действия малоэффективны в условиях гипокоагуляции. Паренхима селезенки не сокращается при травматизации, поэтому кровотечение может быть интенсивным и длительным.

Материалы и методы: Для оценки возможности остановки кровотечения из раны селезенки в условиях медикаментозной гипокоагуляции проведены эксперименты выполнены на половозрелых белых б/п крысах самцах весом 220-280г. Животные содержались по 4 особи в одной клетке и находились в условиях вивария и сбалансированного рациона питания. В опытной группе крыс (10), в воду добавляли таблетку аспирина 1г на 100 мл воды. Приблизительный расчет составлял 10мг на 200 гр веса животного в сутки. Через 7 дней после начала приема препарата проверяли время свертывания крови по Ли-Уайту путем забора крови из хвостовой вены. При условии удлинения ВСК на 50-70% начинали экспериментальные исследования.

Сформированная рана селезенки, по разработанному нами методу вызывала активное смешанное кровотечение, которое без применения гемостатических мер приводила в 80% случаев к летальному исходу от продолжающейся кровопотери. Для остановки кровотечения на фоне гипокоагуляции нами применены отечественные местные гемостатические препараты: гемогубка, полученная из животного коллагена; гемостатический отечественный имплантат в виде порошка Хемобен.

Исследования на 5 беспородных белых крысах со средним весом 220 ± 5 г выполнены с использованием гемогубки отечественного производства. При моделировании повреждения селезенки в условиях общей анестезии активное кровотечение из селезенки останавливали путем прикладывания фрагментов гемогубки соответственно размеру повреждения селезенки. Обычно размером 0,7x2 см. Во время операции губка быстро пропитывалась кровью и в последствии теряла свои свойства. В связи с чем для полной остановки кровотечения потребовалось 3-х кратное применение фрагментов гемогубки. По мере достижения полного первичного гемостаза потеря крови составила до 2 мл. В течение 10 минутного наблюдения отмечено постепенное насыщение губки поступающей кровью.

Результаты: Послеоперационная летальность в течение суток после операции составила 2 из 5 особей. Причиной летального исхода явилось продолжающееся кровотечение из раны селезенки. У остальных животных, которые были выведены из эксперимента на следующие сутки выявлено, что селезенка находится в массивном спаечном инфильтрате в виде рыхлых спаек. В боковых отделах живота имеются остатки крови. В области приложенной гемогубки имеются гематомы различной степени выраженности. В условиях гипокоагуляции повреждение селезенки вызывает обильную кровопотерю со смертельным исходом. Применение гемогубки отечественного производства малоэффективно в остановке кровотечения из раны селезенки. Отмечен высокий риск рецидива кровотечения в послеоперационном периоде. Таким образом, применение гемостатической губки в изолированном варианте при гипокоагуляционном кровотечении не может быть рекомендовано в клинической практике.

Исследования в опытной группе проведено на 5 белых б/п крысах самцах со средним весом 230+6г. Условия эксперимента те же, что и в группе с гемогубкой. Верхне-срединная лапаротомия под общей анестезией. В рану выводилась селезенка и моделировалось повреждение с развитием смешанного активного кровотечения. Применение порошка Хемобен в условиях гипокоагуляционного кровотечения приводило к быстрому пропитыванию порошка кровью с формированием геля. Последующие поступления крови требовали повторного применения порошка Хемобен. Полная остановка кровотечения достигалась после 3-4 кратного применения порошка Хемобен с формированием довольно рыхлого тромба. При наблюдении в течение 10 минут происходило постепенное насыщение и пропитывание кровью поверхностно расположенного сухого порошка Хемобен. В последствии формировался тромб достаточно больших размеров, не достаточно плотный. Однако гемостаз достигался во всех случаях. Потеря крови составила приблизительно до 1-2 мл. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. При выведении из эксперимента через 1 сутки после операции определялся довольно массивный тромб в области раны селезенки с вовлечением сальника, окруженный рыхлыми спайками. Имелись следы крови в боковых отделах живота.

Исследования позволили установить, что в условиях гипокоагуляционного кровотечения из моделированной раны селезенки применение гемостатического препарата Хемобен оказывает ощутимый гемостаз с формированием рыхлого тромба на поверхности раны. Однако расход препарата возрастает в 2-3 раза, а также тромб имеет тенденцию к росту в послеоперационном периоде. Таким образом, несмотря на достаточную эффективность гемостатика Хемобен при травмах селезенки на фоне гипокоагуляции изолированное применение препарата может оказаться недостаточным в условиях клинических наблюдений. Анализ показателей коагулограммы и периферической крови до и после операции после имплантации гемостатического материала не выявил существенных изменений от нормы.

Заключение: Изучение влияния гемостатической пленки «Хемобен» на биохимические показатели сыворотки крови до и после операции не выявило существенных изменений. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что «Хемобен» не оказывает отрицательного эффекта на биохимические показатели крови.

Проведенные экспериментальные исследования показали, что разработанный новый гемостатический материал в виде порошка может быть применен для остановки паренхиматозных кровотечений. В условиях медикаментозной гипокоагуляции Хемобен оказывает хороший и стойкий гемостаз, который достоверно превышает показатели гемостатической губки. При повреждении селезенки на фоне гипокоагуляции Гемогубка оказывается малоэффективной, в то время как Хемобен позволяет достичь гемостаза, однако частота рецидива может возрасти до 20% в зависимости от степени повреждения капсулы селезенки.

РАЗРАБОТКА ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

СОБИРОВ М.С., КУЧКОРОВА Ф.

*АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ КАФЕДРА
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ – РЕАНИМАТОЛОГИИ*

Цель исследования. Улучшение качества диагностики и повышение эффективности лечения острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) с помощью медицинской экспертной системы (МЭС), путем многофакторного анализа и моделирования показателей морфофункционального состояния ЦНС для индивидуализированной коррекции интенсивной терапии в реальном масштабе времени.

Обследовали 43 пациента с ишемическим инсультом (ИИ) (32 – 1-я группа исследования (ГИ) и 11 – 1-я группа сравнения (ГС)) в отделении нейрохирургической интенсивной терапии). Контрольная группа (КГ) – 10 здоровых добровольцев. В ГС пациенты получали интенсивную терапию (ИТ) по стандартному протоколу. В ГИ больные получали дополнительно препарат янтарной кислоты (Цитофлавин), по 5 мл в/в капельно в разведении на 100 мл 0,9% физраствора в сутки. В МЭС использовали: оценку состояния по шкале ком Глазго (ШКГ), компьютерную и магнитно-резонансную томографию, транскраниальную доплерографию, количественную ЭЭГ (кЭЭГ) (система Nihon Kohden Corporation EEG-1200K), вариабельности сердечного ритма (ВСР) (Ютас ЮМ 200).

При поступлении в отделение в ГИ и ГС степень тяжести церебральной недостаточности соответствовала по ШКГ Ме ($\pm 95\%$ ДИ)=8 (7-12) балла. В отличие от «здорового мозга» КГ в условиях ОНМК роль «центрального контура» регуляции ВСР смещается от вегетативных центров продолговатого мозга в область лимбико-гиппокампальных образований, диэнцефальную зону, область таламуса и восходящих таламокортикальных путей. Нами были выявленные средние прямые корреляционные связи (КС) между параметрами ВРС и уровнями мощности альфа 1-поддиапазона («таламического ритма»), максимально в проекции темпоральных и фронтальных отделов коры; активностью дофаминергических нейромедиаторных структур (НС) ЦНС и нейроглиального пула (диапазоны ЭЭГ мощности 11-12 Гц и 0,5-1 Гц, соответственно), максимально в зонах проецирования лимбико-гиппокампальных образований (ТЗТ4); средние обратные КС между параметрами ВРС и уровнями мощности дельта- и тетадиапазонов, максимально в проекции фронтальных и окципитальных отделов коры; активностью серотонинергической НС ЦНС (диапазон ЭЭГ мощности 5-6 Гц и 24-26 Гц), максимально в проекции правой гемисферы, холинэргической НС (диапазон ЭЭГ мощности 6,5-7 Гц), максимально в левой окципитальной области.

В ответ на применение в комплексе ИТ препарат янтарной кислоты (Цитофлавина) был зафиксирован рост плотности КС между показателями когерентности (КГ) в сим метричных височных областях (ТЗТ4) и показателям VLF, между ЭЭГ активностью в альфа-, бета1-, тетадиапазонов, КГ ТЗТ4 и КГ Fp1Fp2 (в симметричных фронтальных областях) и показателям LF, что мы расценивали как тенденции к восстановлению равноправных влияний «центрального контура» – продолговатый мозг, гипоталамо-гипофизарная область – на ВСР.

Применение медицинской экспертной системы позволяет использовать показатели цереброкardiaльных взаимодействий для оценки эффективности лечения острого нарушения мозгового кровообращения.

ПОСЛЕДСТВИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

СОБИРОВ М.С., КУЧКОРОВА Ф.

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ КАФЕДРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ – РЕАНИМАТОЛОГИИ

Введение. Достижения медицины критических состояний увеличивают выживаемость пациентов, пролеченных в отделении интенсивной терапии (ОИТ). Однако, часть из выживших пациентов имеют когнитивные, физические и психические нарушения, которые ухудшают качество жизни пациента в течение последующего года жизни после выписки из стационара. Совокупность этих нарушений относят к понятию синдром последствий интенсивной терапии (ПИТ-синдром).

Цель исследования. На основании анализа отечественных и зарубежных литературных источников определить наиболее значимые симптомы, приводящие к ухудшению качества жизни выписанных пациентов.

Материалы и методы. Публикации из баз данных: PubMed, eLibrary и Up to Date периода с 2015-2021 гг.

Результаты и обсуждение. Клиническим проявлением ПИТ-синдрома является группа симптомов: нейромышечные (полинейропатия критических состояний, респираторная нейропатия, дисфагия бездействия); вегетативные (нарушения гравитационного градиента, нарушения циркадных ритмов); нарушения памяти и внимания, нарушения управляющих функций, снижение нейродинамики, депрессия); нарушения повседневной активности (снижение толерантности к физическим нагрузкам, мышечная слабость). Мышечная слабость, приобретенная в ОИТ, является наиболее распространенной формой физического нарушения, встречающегося у 27% или более пациентов. К причинам возникновения полинейропатии критических состояний или синдрома приобретенной в ОИТ мышечной слабости относятся продолжительная искусственной вентиляции легких (у 28-35% через 7 дней развивается мышечная слабость), постельный режим, обездвиженность, сепсис, системный воспалительный ответ, полиорганная недостаточность, массивная антибиотикотерапия, применение ГКС, миорелаксантов, потеря мышечной массы, катаболизм белков в организме, нутритивный дефицит, седация. Одним из проявлений нейромышечных нарушений является респираторная нейропатия, которая в большинстве случаев является причиной развития пневмоний и ОРДС. При этом наиболее распространенным дефицитом является снижение жизненной емкости легких при спирометрии, которая нормализуется только к шестому месяцу после выписки.

Выводы. По практике проведенных исследований у каждого пациента ОИТ необходимо проводить оценку когнитивных, психических и физических признаков дисфункции. Оценка должна включать в себя сбор анамнеза, скрининг и рутинное тестирование (например, оценка функции легких, нейрофизиологическое тестирование) и соответствующие клинической ситуации консультации (реабилитолог, психиатр). Таким образом, необходимо формирование мультидисциплинарной команды для своевременной и правильной оценки ПИТ-синдрома.

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ТАШРИХДАН СЎНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРИДА АЛЛОПЛАСТИКА АСОРАТЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

*Суюнов Д.М., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Пакирдинов А.С.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Хорижий маълумотларга кўра қорин бўшлиғининг турли хирургик хасталиклари туфайли бажарилган лапаротомиялардан сўнг 6-11% холатларда ташрихдан сўнги вентрал чурралар пайдо бўлади. (Мазурик М.Ф. хам муаллиф., 1985; Лешенко И.Г., Панов И.Ф., 1990; Mudqe V., 1998). Хозирги вақтда қорин олд девори чурралари билан бажарилаётган ташрихлар сони ортиб бормоқда. (Дерюгина М.С., 2001; Белоконев В.И., с соавт. 2004). Қорин олд девори чурраларида бажарилган ташрихлардан сўнги ўлим курсаткичи 12-21 % ни ташкил этади. (Тоскин В.П., Жебровский В.В., 1983; Кочнев О.С., с соавт., 1991; Рольпиков И.М., с соавт., 2001). Махаллий тўқималар билан бажариладиган ташрихлардан сўнг чурраларни қайталаниши 25 дан 60% гача кузатилмоқда. (Тимошин А.Д., с соавт., 2003). Шу сабабли хозирги кунда чурраларни радикал даволаш мақсадида аллопластика амалга оширилмоқда ва чурраларни радикал даволашга эришилмоқда. Лекин аллопластика

бажарилганидан сўнги асоратлар: жарохатни йиринглаши, серома хосил булиши ва аллопрантантни организмдан сиқиб чиқарилиши кабилар ошиб бормокда.

Максад: корин олд девори ташрихдан сунги чурралрида «onlay» усулида бажарилган аллопластикалардан сўнги асоратларни олдини олиш.

Материл ва методика: Бизнинг кузатувларимизга кўра 20 та беморда корин олд девори ташрихдан сўнги чурраларини «onlay» усулида бажарилган аллопластикаслари тахлли қилиб чиқилди.

Асосий гуруҳдада 12 та бемор бўлиб буларда 8 таси аёл киши 4 таси эркак кишини ташкил этади. Назорат гуруҳида эса 8 та бемор бўлиб улардан 6 таси аёл киши 2 таси эса эркак кишини ташкил этади. Назорат гуруҳдаги беморларда корин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикасида ананавий бир қаторли чоклар билан аллоплантат қирғоклар апонерозга мустахкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Асосий гуруҳдаги беморларда эса корин олд девори «onlay» усулидаги аллопластикада икки қаторли чоклар билан мустахкамланган ва назорат учун дренаж найча қолдирилган. Назорат гуруҳидаги беморларда дренаж найча оркали эксудатларни ажралиши миқдор ва сифат жихатидан асосий гуруҳдан кескин фарқ қила бошлади. Бунга сабаб шуки «onlay» усулидаги аллопластика корин оқ чизиғи тикилганидан сўнг апоневроз устига махкамланади. Шу сабабли апоневроз тикилган соха бошқа жойларда 03-05 см гача кўтарилиб туради. Оқибатда аллоплантат корин олд деворига тегиб турмайди ва апоневрозни тикилган сохаси ва аллоплантат орасида масофа қолиши оқибатида аллоплантатни организмга ўзлаштирилиши қийинлашади ва яллиғланиш жараёни ривожланиб эксудат йиғилишига ва уни йиринглаши ва серомалар пайдо бўлиши хавфини оширади. Асосий гуруҳдаги бажарилган ташрихларда эса аллоплантат қирғоклари ва апоневроз қирғоклари кикилган сохасни асосига ҳам бир қаторли узлуксиз чоклар қуйиб юқоридаги холат бартараф этилади. Назорат давомида шу нарса аниқландики назорат гуруҳида 3 та беморда жарохатни йиринглаши кузалитди. Назорат гуруҳидаги беморда назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 8 хафтагача давом этди. Асосий гуруҳда эса жарохатни йиринглаши кузатилмади. Асосий гуруҳда эса назорат дренажидан эксудат ажралиши ўртача 2 хафтагача давом этди.

Хулоса: корин олд девори ташрихдан сўнги вентрал чурраларида аллоплантатни корин олд деворига оралиқ масофасиз икки қаторли узлуксиз чоклар билан мустахкамлаш ташрихдан сўнги асоратларни ривожланишини олдини олишга хизмат қилади.

ДВУСТОРОННЯЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ.

*Ташланов Ф.Н, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Давлатов Б.Н,
Джалилов Ф.Р, Абдулазизов О.Н.*

Андижанский государственный медицинский институт.

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность. Тактика хирургического лечения дегенеративного спондилолистеза поясничного отдела позвоночника долгое является предметом споров и обсуждений. В случаях неэффективности консервативной терапии производится хирургическая декомпрессия позвоночного канала и его содержимого. Нет сомнений относительно превосходства стабилизирующих операций над декомпрессией при дегенеративном смещении вышележащего позвонка на 50 % и более. Однако в случае спондилолистеза 1–2 степени преимущества дополнительного артродеза неясны. Широкие ламинэктомии, нарушающие стабилизирующую функцию, жёсткая фиксация сегмента сопряжены с большим количеством интра- и послеоперационных

осложнений, обусловленных широким доступом, кровопотерей, травматизацией окружающих мягких тканей.

Цель. Анализ результатов ранних и поздних клинических и рентгенологических исходов миниинвазивной декомпрессии при лечении пациентов с дегенеративным спондилолистезом.

Материалы и методы. в исследование включено 24 пациента, которым в период с 2015 по 2020 год произведено оперативное лечение по поводу стабильного дегенеративного спондилолистеза (≤ 5 баллов по White-Panjabi) на одном уровне позвоночного сегмента и поясничного стеноза на одном или нескольких уровнях. Средний возраст пациентов составил 47 лет. Среди них 9 мужчин (37,5 %) и 15 женщин (62,5 %). Для объективной оценки исходов использовалась 10-бальная Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Оценка боли в пояснице и связанного с ней нарушения трудоспособности производилась по шкале Освестри (0–100 %).

Результаты. Самым частым уровнем формирования спондилолистеза был L4 позвонок (89 %). Оперативное лечение на одном уровне выполнено 29 % пациентам (L4-L5). Оперативное лечение на 2-х уровнях выполнено 71 % пациентов (L3-L5 — 47 %, L4-S1 — 24 %). Срок наблюдения составил от 1 мес. до 5 лет. Средняя продолжительность операции составила 90 мин. Все пациенты выписаны из стационара на 8-е - 10-е сутки после оперативного вмешательства. Средняя интенсивность болевого синдрома по ВАШ до операции: в пояснице 5,52, в ноге 6,87; после: в пояснице 1,20, в ноге 1,14 ($p \ll 0,05$). Индекс Освестри до операции составил в среднем 47,91 %; в катамнезе у больных индекс Освестри уменьшился до 11,00 ($p \ll 0,05$).

Выводы. Изолированная двусторонняя микрохирургическая декомпрессия из одностороннего доступа являются эффективным, современным методом лечения стабильного дегенеративного поясничного спондилолистеза низкой степени градации, сочетающегося с поясничным стенозом, т.к. достоверно уменьшает интенсивность болевого синдрома, улучшает трудоспособность и качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде. Данный метод расширяет показания к оперативному лечению у категории больных пожилого и старческого возраста.

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕГО СТЕПЕНЬЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ

*Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Хакимов А.Т.
Ташкентский государственный стоматологический институт*

Актуальность проблемы: В развивающихся странах отмечается тенденция к росту заболеваемости раком молочной железы, в связи с изменением в репродуктивном поведении населения, изменением образа жизни и повышением продолжительности жизни населения. По прогнозам GLOBACAN 2012, к 2020 году в странах с низким и средним уровнем дохода, количество вновь выявленных случаев рака молочной железы составит около 1 млн. случаев в год.

При анализе динамики заболеваемости раком молочной железы в Республике Узбекистан отмечается медленный, но неуклонный рост. Согласно данным канцер регистра РСНПМЦОиР, в 2016 году заболеваемость раком молочной железы составила 7,9 случаев на 100 тыс. населения, тогда как в 2019 году-9,1 случаев на 100 тыс. населения.

Цель исследования: изучить корреляционную связь между микроокружением опухоли и степенью дифференцировки при раке молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы исследования. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клиники ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты исследования. При корреляционном анализе взаимосвязи характеристик опухоли, показатели стромальной зоны, имели резкое различие у больных в зависимости от дифференциации опухоли. При дифференциации опухоли соответствующей G1 (142 больных), по сравнению с опухолями G3 (129 больных), достоверно меньше встречались как обций, так и патологический митоз ($\chi^2=6,91$, $p<0,001$), количество же сосудов более пяти раз меньше было при высокодифференцированном раке молочной железы и составило всего 17,4% от низкодифференцированного ($\chi^2=3,98$, $p<0,01$).

Выводы. Анализ связей дифференцировки опухолей с содержанием таких клеточных компонентов крови как лимфоциты, макрофаги и гранулоциты, показывает, хорошо обозначенная, статистически достоверная, отрицательно направленная корреляционная связь между дифференцировкой опухоли и данных клеточных комплексов в зоне опухолевой инфильтрации и параканкрозного воспаления, указывающая на общую закономерность клеточной инфильтрации микроокружения опухоли и исходом опухолевой болезни ($\chi^2=4,28$, $p<0,001$, $R_k= -0.302$, при $p<0.001$).

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР РЕЦЕПТОРНОЙ ЭКСПРЕССИИ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.², Хакимов А.Т.²

Ташкентский государственный стоматологический институт²

Актуальность проблемы: Рак молочной железы - одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин. Заболеваемость рака молочной железы в развитых и развивающихся странах мира, имеет тенденцию к неуклонному росту, занимая с 1985 г. первое место среди злокачественных новообразований у женщин.

Некоторые авторы отмечают, что данное заболевание характеризуется большой гистологической, клинической и генетической гетерогенностью, что связано с демографическими и эпидемиологическими особенностями стран, старением населения, увеличением воздействия репродуктивных факторов риска, ненадлежащим образом жизни и биологическими различиями

С развитием фундаментальной онкологии выявлено множество прогностически значимых маркеров рака молочной железы, которые позволили подобрать лечение индивидуально. Поиск новых биологических маркеров, позволяющих определить чувствительность к лечению и прогноз является одним из перспективных и актуальных проблем в онкологии.

Цель исследования: изучить корреляционную связь между экспрессией рецепторов микроокружения опухоли и молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы исследования. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях

Университетской клинике ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты исследования. PD-1, PD-L1, EGFR а также CK5/6 при люминальных опухолях имели низкие значения, чем при трижды негативных формах РМЖ. При люминальном типе А - PD-1=30%, PD-L1 - 17,7%, EGFR - 5,9% и CK5/6 – 3,3%, тогда как при трижды негативных формах рака эти показатели были 61,7%, 39,8% и 53,4% соответственно.

Выводы. Анализ данных показал, что имеется сильная корреляционная связь между экспрессией вышеприведенных маркеров с молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ОПУХОЛЕВОЕ МИКРООКРУЖЕНИЕ

Тилляшайхов М.Н.¹, Каххаров А.Ж.², Хакимов А.Т.²

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
онкологии и радиологии¹*

Ташкентский государственный стоматологический институт²

Актуальность проблемы: Заболеваемость и смертность от рака молочной железы у женщин в последнее десятилетие продолжают возрастать во всех странах мира. В экономически развитых странах с начала 80-х гг. XX века рак молочной железы стал у женщин наиболее частой формой онкологической патологии, в связи с чем диагностика и лечение данного заболевания являются важнейшей социальной и медицинской задачей.

В последние годы, благодаря комплексному подходу, результаты лечения рака молочной железы значительно улучшились. Современный этап в лечении рака молочной железы можно охарактеризовать отказом от общепринятой в течение долгого времени агрессивной хирургической тактики и широким применением органосохраняющего лечения. Это обусловлено несколькими причинами, в числе которых необходимо отметить рост выявления ранних форм рака молочной железы и связанное с этим улучшение показателей выживаемости, а также повышение требований пациенток и врачей к эстетическим результатам лечения рака молочной железы. Немаловажную роль в этом процессе сыграло также создание эффективной комбинации оперативного вмешательства с лучевым и химиогормональным воздействием.

Цель исследования: изучить корреляционную связь между микроокружением опухоли и молекулярно-биологическими подтипами рака молочной железы, а также их влияние на прогноз.

Материалы и методы исследования. Для усовершенствования диагностики и лечения рака молочной железы посредством изучения микроокружения опухоли, её влияния на течение и прогноз, нами была проанализирована группа из 457 больных раком молочной железы, проходивших обследование и получивших лечение в условиях Университетской клинике ИНХА (Южная Корея) (362 больных) и в ТГФ РСНПМЦОиР МЗ РУз (95 больных).

Результаты исследования. Патологический митоз имел тесную положительную корреляционную связь с типом опухоли. При базальноподобном и Claudin – low типе рака они составили три бала, при гиперэкспрессии Her-2 neu 2 балла и при люминальных опухолях 1 балл ($\chi^2=4,29$, $p<0,01$, $Rk= +0.402$, $p<0.001$).

Выводы. Анализ корреляционного анализа показал зависимость между экспрессией рецепторов рака молочной железы и микроокружением опухоли, а также их влияние на прогноз заболевания.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.

Тоиров А.С.¹, Бабажанов А.С.¹, Хамдамов А.Б.².

Самаркандский медицинский институт¹, Бухарский медицинский институт².

Актуальность: Несмотря на значительные достижения в хирургии печени, внедрение новых технических средств при выполнении операций, в ближайшем послеоперационном периоде при ЭП часто (10-24% случаев) имеют место типичные осложнения в виде нагноения остаточной полости в печени, формирования наружного гнойного и желчного свищей. В связи с этим совершенствование методов диагностики эхинококка печени и его осложнений, а также технических приемов, способных снизить частоту специфических осложнений после эхинококкэктомий, имеет важное значение в лечении больных с данной патологией.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения путём применения лазерной фотодинамической терапии как метода обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии печени.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 124 больных с различными формами эхинококкоза печени, пролеченных в городском медицинском объединении Самарканда и Бухарском областном многопрофильном медицинском центре. Все исследованные больные в зависимости от проведенной интраоперационной обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени, были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу были включены 61 (49,19%) больных, которым после эхинококкэктомии в обработке остаточных полостей был использован традиционный метод обработки 80-100% глицерином. Основную группу составили 63 (50,81%) пациентов, в обработке остаточных полостей которых был использован метод лазерной фотодинамической терапии с помощью фотосенсибилизатора 0,05% раствора метилен синего. Для изучения морфологического состояния остаточных полостей, как до, так и после непосредственной их обработки антипаразитарными агентами, проводился ряд экспериментальных исследований. В частности, нами изучались морфологическое состояние фиброзной оболочки и перикистозной печеночной ткани.

Результаты исследования. При экспериментальных исследованиях был проведен сравнительный анализ применения ряда антипаразитарных препаратов (спиртовой раствор йода, глицерин) и метод фотодинамической терапии раствором метилен сини при интраоперационной обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии для профилактики рецидива эхинококковой болезни и нагноения остаточных полостей. В отличии от фотодинамической терапии, другие средства имели те или иные недостатки, о чём свидетельствуют как показатели длительности экспозиции, так и высокий процент рецидивов и нагноений остаточных полостей печени. Фотодинамическая терапия оказалась высокоэффективной с противопаразитарным действием методом, которая уже начиная с 5 минуты её выполнения вызывала гибель протосколексов, а губительное действие на ацефалоцисты наблюдалось через 150-180 секунд (2,5-3 минуты). Гистологические исследования показали что при применении метода фотодинамической терапии в остаточной полости печени обнаруживались лишь погибшие протосколексы, причём структурных изменений вблизи фиброзной капсулы до и после проведение сеанса фотодинамической терапии не выявлено. Вышеуказанные послужили основанием для применения фотодинамической терапии в клинической практике. Анализ результатов лечения больных контрольной группы, которым антипаразитарная обработка остаточных полостей выполнялась по традиционной (общепринятой) методике с

использованием для этой цели 80-100% глицерина, Из общего числа послеоперационных осложнений специфические - наблюдались у 15 (24,59%) пациентов. Со стороны остаточной полости одними из тяжелых являются билиарные осложнения, которые влияют на сроки наличия ОП и длительность сроков дренаженосительства. После радикальных оперативных вмешательств указанные осложнения отмечены у 4 (6,55%) пациентов в виде наличия желчных свищей с желчеистечением, которые во всех наблюдениях ликвидировались самостоятельно без проведения дополнительных лечебных мероприятий, в сроки $-32,5 \pm 5,5$ дней. Нагноение остаточной полости отмечалось у 11 (18,03%) пациентов. Этой категории больных проводили чрескожное дренирование остаточной полости под контролем УЗИ с последующей их санацией антисептиками. В дальнейшем им была назначена антибактериальная терапия. Поступление содержимого из дренажной трубки сохранялась в течение 2-3 месяцев. В целом сроки полной ликвидации остаточной полости соответствовали примерно $42,5 \pm 15,5$ дням. Рецидив заболевания наблюдалось у 7 (11,47%) больных, возникновение рецидивов заболевания, возможно, было обусловлено неадекватной интраоперационной обработкой остаточной полости, низкой антипаразитарной активностью используемого агента, диссеминацией эхинококковой жидкости во время первичной операции, при несоблюдении принципов апаразитарности и антипаразитарности. Как было выше указано основную группу составили 63 пациента, у которых в обработке остаточных полостей был использован метод лазерной фотодинамической терапии. В раннем послеоперационном периоде у больных основной группы осложнения наблюдалось у 6 (9,52%) больных, при этом лишь в 2 (3,17%) случаях она осложнилась нагноением. Желчестаз в остаточной полости отмечен в 4 (6,34%) случаях, который самоликвидировался в течении $11,5 \pm 3,5$ дней.

Полная регенерация остаточных полостей наблюдалась в 49 (77,78%) случаях, независимо от проведенного способа эхинококкэктомии. Среднее пребывание больных в стационаре составляло $15,5 \pm 3,5$ дней. Исследования показали, что применение лазерной фотодинамической терапии для метода обработки остаточных полостей позволило уменьшить число специфических, осложнений, что значительно влияет на исход оперативного лечения. Можно утверждать, что наиболее благоприятное течение послеоперационного периода отмечается у основной группы больных, которым в обработке остаточной полости был метод лазерной фотодинамической терапии с использованием фотосенсибилизатора 0,05% раствора метилен синего. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени изучены у 43 больных основной группы, путем анкетного опроса, приглашением их для амбулаторного обследования в течении 2-3 лет. При этом рецидив заболевания наблюдался у 1 (2,32%) пациента.

Таким образом, полученные данные исследований позволили заключить, что применение метода лазерной фотодинамической терапии в обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени выявляет его выраженное губительное действие на все типы зародышевых элементов эхинококка и относительно безвредное воздействие его на макроорганизм при интраоперационном применении обеспечивает возможность широкого использования этого метода в практике хирургии эхинококкоза различной локализации, с целью профилактики послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Выводы:

1. При традиционных методах антипаразитарной обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии печени наблюдается высокий процент 24,59% специфических послеоперационных осложнений, при этом нагноение остаточных полостей составляет 18,03% случаев, а сроки полной ликвидации остаточных полостей $42,5 \pm 15,5$ дней.
2. Применение метода лазерной фотодинамической терапии при интраоперационной обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии привело

к резкому снижению специфических осложнений до 9,52% при этом нагноение остаточных полостей снизилось до 3,17% а рецидив заболевания уменьшился с 11,47% до 2,32% случаев соответственно.

ЕЛКА СУЯГИНИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСЛУБЛАРИДА ДАВОЛАШДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАР.

¹Тураев Б.Т., ¹Хайруллаев И.Л., ²Рўзиқулов О.Ш.
Самарқанд давлат тиббиёт университети

Мавзунинг долзарблиги: Елка суягини диафизар синишларини жаррохлик услубларида даволашда келиб чиқадиган асоратлар тахлил қилиб, уларни бартараф этиш чораларини ишлаб чиқиш.

Мақсад: Елка суягини диафизар синишларини жаррохлик услуги билан даволанган, кузатиладиган асоратлар ва уларнинг олдини олишга қаратилган чора тадбирлар ишлаб чиқиш.

Ўрганиш услуги: Республика ихтисослашган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббий марказ Самарқанд филиалида 2016-йилдан 2022-йилга даволанган 172 та беморнинг (109 таси эркак 63,3%, қолган 63 та бемор аёллар 36,6 % ни ташкил қилади) касаллик тарихи ўрганилиб тахлил қилинди.

Ўрганилган беморларда жаррохлик йўли билан 63 та (36,6%) беморга антеград услубда БИОС жаррохлик амалиёти ўтказилган, 56 та (32,5%) беморда суяк усти остеосинтези бурчак стабилловчи пластинка (LCR) лар ёрдамида металостеосинтез жаррохлик амалиёти бажарилган. Беморларнинг 39 та (22,6%) сида ташқи фиксация аппаратлари билан компрессион дистракцион остеосинтез операцияси ўтказилган.

Натижалар курсатгичи: Беморларни клиник, рентгенологик кузатувлар тахлили шуни курсатдики: Биринчи гуруҳ беморларда антеград услубда интрамедуляр БИОС жаррохлик амалиётидан сўнг 6 та (9,5%) беморда елка бўғимида айланма манжит жарохати асорати, 3 та (4,7%) беморда сохта бўғим асорати кузатилди. Беморлардан 11 та (17,4%) сида елка бўғимида турғун контрактура асорати келиб чиқди. Умумий асоратлар сони 20 та (31,7%) ни ташкил қилди.

Иккинчи гуруҳ беморларнда бурчак стабилловчи пластинка (LCR) лар ёрдамида суяк усти МОС амалиёти ўтказилган. Беморлардан 3 та (5,3%) беморда билак нерви невропатияси кузатилиб, ўтказилган керакли даво муолажаларидан сўнг тулиқ қўл ва кафт функцияси тикланди ва репаратив регенерация ўртача 83-93 кунларда кузатилди.

Учинчи гуруҳ беморларда елка суяги диафизар синишларида ташқи фиксацияловчи аппаратлари билан КДОС амалиёти ўтказилди. Бунда ташқи фиксацияловчи аппаратларида беморларни аппаратга мослашишига ноқулайлик сезилди, 5 та (12,8%) беморда синикни битмаслиги аниқланди, 9 та (23%) беморда беморларда тирсак бўғими контрактураси кузатилди. Репартив регенерация беморларда 120±125 кунларда курилди. 4 та (10,2%) беморда қўйилган кегайлар атрофида яллиғланишлар кузатилди. Шундан ташқи фиксацияловчи аппаратларида КДОС асоратлар 18 та (46,1%) беморда асоратлар булиб, даволаш давомида ўз вақтида реабилитация қилинди.

Хулоса. Елка суягини диафизар синишларини жаррохлик услубларида даволашга қарамасдан.

Биринчи гуруҳ беморларда умумий асоратлар 20 та (31,7%) да асорат кузатилиб, репаратив регенерация 110-120 кунгача чўзилди.

Иккинчи гуруҳ беморларда суяк усти бурчак стабилловчи пластинкалар ёрдамида ўтказилган остеосинтезда 3 та (5,3%) беморда билак невропатияси кузатилиб ўз вақтида даво муолажалари ёрдамида бартараф қилинди. Беморларда репаратив регенерация 83±93 кунларда аниқланди. Умумий 5,3% асорат юзага келди.

Учинчи гуруҳ беморларда ташқи фиксацияловчи аппаратларида ҚДОС қилинганда беморларни аппаратга мослашишини қийинлашиши ва 18 та (46,1%) беморда асорат кузатилди. Репаратив регенерация 120±125 кунларда юзага келди.

Тахлиллар натижаларини хулоса қилиб, клиник, рентгенологик ва бошқа текширишлар шуни аниқладикки биринчи гуруҳ беморларда 20 та асорат 31,7%, иккинчи гуруҳ беморларда 3 та беморда 5,3%, учинчи гуруҳ беморларда 18 та беморда 46,1% асоратлар кузатилди.

Елка суягини диафизар синишларида суяк усти МОС, Интамедуляр БИОС МОС ва ташқи фиксацияловчи аппаратларида ҚДОС жаррохлик даво муолажаларига нисбатан ўзини ижобий томонини кўрсатиб, асоратлар нисбатан камлиги 3 та беморда 5,3% билан нерви невралгияси кузатилиб, даво муолажаларидан сўнг даволаш давомида тугатилди. Репаратив регенерация 83±93 кунларда кузатилди. Тахлилларни инобатга олиб суяк усти остеосинтези бурчак стабилловчи пластинкалар ёрдамида остеосинтез ёрдамида даволаш мақсадга мувофиқлигини кўрсатди.

НУРЛАНИШНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИ ОРГАНИЗМИГА ТАЪСИРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ТАВСИФИ

Тухтаева Х.Х., Хамдамов Б.З.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Ақтуаллик. Ўткир нурланиш - ионланувчи нурланиш частотаси ва давомийлигига боғлиқ бўлиб, аъзоларнинг нурланиш сезгирлигига қараб турли даражада ривожланади. Ўткир нурланишда энг сезгир аъзолар иммун тизими аъзолари, ошқозон-ичак тракти шиллик қаватлари, экзо- ва эндокрин безлар, жинсий безлар ҳисобланади. Радиацияга сезгирлиги паст бўлган аъзоларга юрак, буйрак, жигар, бош ва орқа миялар, суяк тўқимаси, бўғимлар киради.

Илмий-тадқиқот ишининг **мақсади** ўткир нурланишнинг тажриба ҳайвонлари иммун статусига таъсирини аниқлаш ҳамда биокоррекциянинг ушбу жараёнга таъсир даражасини кўрсатишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. Ушбу мақсадни амалга ошириш учун 60 та вояга етган, оғирлиги 160-180 граммни ташкил этган, эркак жинсига мансуб оқ зотсиз каламушлар тадқиқотларга жалб этилди. Лаборатория ҳайвонлари нисбий намлик (50-60%), ҳарорат (19-22⁰С), 12 соат қоронғулик ва 12 соат ёруғлик режимида стандарт виварий шароитида пластик қафасларда сақланди. Лаборатория ҳайвонларини парваришлаш Нуралиев Н.А. ва ҳаммуал. тавсиялари асосида амалга оширилди. Лаборатория ҳайвонлари билан ишлашда биологик хавфсизлик қоидалари ва лаборатория ҳайвонлари билан ишлашнинг этик тамойилларига қатъий риоя қилинди.

Барча лаборатория ҳайвонлари куйидаги гуруҳларга бўлинди: асосий гуруҳ - стандарт виварий рациониди бўлган, 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган оқ зотсиз каламушлар (n=30); назорат гуруҳи - стандарт виварий рациониди бўлган, ўткир нурланиш олмаган интакт оқ зотсиз каламушлар (n=30).

Асосий гуруҳ ўз навбатида 2 та кичик гуруҳчага бўлинди: 1а гуруҳча - 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган, стандарт виварий рационига биокоррекция сифатида "Lactopropolis-AWL" биологик фаол қўшимчаси қўшилган оқ зотсиз каламушлар (n=15); 1б гуруҳча - 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган, биокоррекция қилинмаган оқ зотсиз каламушлар (n=15).

Тажрибада лаборатория ҳайвонларини нурлантириш АГАТ-Р1 (Эстония) гамма-терапевтик аппарати ёрдамида амалга оширилди, унда нурланиш манбаси Со-60 бўлди. Ҳайвонларни нурлантириш билан боғлиқ тадқиқотлар ЎзР ССВ Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий маркази Бухоро филиалида ўтказилди.

“Lactopropolis-AWL” препарати барча лаборатория ҳайвонлари оғирлигидан келиб чиққан ҳолда, ҳар куни эрталаб берилди. Ўткир нурланиш олганларга 20 кун давомида препарат берилиб, охири куни нурлантирилди ва ундан кейин 5-кунда жонсизлантирилиб, иммунологик тадқиқотлар ўтказилди. “Lactopropolis-AWL” биологик фаол қўшимчаси таркиби *Lactobacillus rhamnosus* 925, *Enterococcus durans* пробиотик бактериялари ва прополис биологик фаол бирикмалари экстрактдан иборат бўлиб, антимикроб, иммуностимулловчи, яллиғланишга қарши хусусиятларга эга (ЎзР ФА Микробиология институти ва “AllWellLab” МЧЖ маҳсулоти).

Лаборатория ҳайвонлари иммун тизими ҳолати CD-дифференцияловчи ва активацияловчи антигенлар экспрессияси бўйича баҳоланди. Имунокомпетент ҳужайраларнинг куйидаги маркёрлари аниқланди: CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+-, CD20+-, CD95+-лимфоцитлар. CD рецепторларнинг экспрессияси Гариб Ф.Ю. ва ҳаммуал. (1995) усули бўйича «Сорбент» МЧЖ (РФ) ишлаб чиқарган ЛТ серияли моноклонал антителолар ёрдамида розетка ҳосил қилиш реакциясида ўтказилди. Иммунорегуратор индекс (ИРИ, CD4+/CD8+) ҳисобланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ўткир нурланиш таъсирини ўрганиш учун авваламбор ушбу таъсирга чалинмаган интакт оқ зотсиз эркак каламушлар иммун тизимининг асосий кўрсаткичлари ўрганилди ва натижалар таҳлил қилинди, жами 9 та кўрсаткич талқин ва таҳлил қилинди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, организм иммун тизимининг таҳлил қилинаётган имунокомпетент ҳужайралари, Т-лимфоцитлар (CD3+-ҳужайралар) ҳамда уларнинг асосий субпопуляцияларида (CD4+ ва CD8+-ҳужайралар) ўзгаришлар турлича тус олди. CD3+-ҳужайралар нисбий ва миқдорий параметрларида назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишонарли даражадаги пасайиш кузатилди. Рақамлар кесимида келтирадиган бўлсак, CD3+-ҳужайралар камайиши 1,58 мартани ташкил этган бўлса ($P < 0,001$), CD4+-ҳужайралар нисбий миқдори 1,43 мартагача камайгани аниқланди ($P < 0,05$). CD8+-ҳужайралар нисбий миқдори бўйича тескари манзара гувоҳи бўлди - ушбу ҳужайралар асосий гуруҳда назоратга нисбатан ишонарли равишда ошгани эътироф этилди - 1,40 мартага ($P < 0,05$).

Натижалар бир биридан ишонарли даражада тафовутланмаса ҳамки, ўткир нурланиш олган оқ зотсиз каламушлар CD20+-ҳужайраларида интакт лаборатория ҳайвонларига нисбатан кўпайиш тенденцияси кузатилган. Бу ҳолат иммун тизим Т-бўғинидаги ўзгаришлар В-тизимга нисбатан тез ривожланишини, В-бўғин иммун тизимда вужудга келадиган дефицитни тўлдиришга интилишини кўрсатди. Мутлоқ кўрсаткичлар бўйича нисбий параметрлардан фарқ қилувчи натижалар олингани эътиборли, назорат гуруҳидаги маълумотлар асосий гуруҳдан юқори бўлди ($P < 0,001$).

Иммун тизими махсус бўлмаган ҳимоя воситаларига кирувчи CD16+-ҳужайралар антигенга боғлиқ бўлмаган ҳолда кўпайиб организмда ҳосил бўлган аллоген ва ксеноген табиатли ҳужайралар, ўсма ҳужайраларини аниқлаш ва йўқотиш вазифасини бажаради. Ташқи таъсирлар (нурланиш) натижасида ҳосил бўлган ўсма ҳужайраларини йўқотиш зарурати бўлганда улар миқдори кўпайиб, фаолияти кўпайишини ҳисобга олсак, CD16+-ҳужайралар миқдорий ва нисбий ўзгаришларининг ҳаққоний сабаблари маълум бўлади. Кузатувларда ўткир нурланиш олган лаборатория ҳайвонларида ушбу ҳужайралар нисбий параметри назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ошгани кузатилди - 1,35 мартага, ($P < 0,05$). Мутлоқ кўрсаткичлар орасида ишонарли тафовут аниқланмади ($P > 0,05$). CD95+-рецептор апоптоз рецепторларидан бири бўлиб, иммун тизимининг барча ҳужайралари юзасида экспрессия бўлади ва иммун тизими фаолиятининг назоратида (регуляция) иштирок этади. Тадқиқотларимизда CD95+-ҳужайралар нисбий миқдори назорат гуруҳига мансуб оқ зотсиз каламушларда ишонарли равишда пасайган - 1,51 мартага, $P < 0,05$.

Ишнинг кейинги босқичида ўткир нурланиш олган тажриба ҳайвонларига биокоррекциянинг иммун тизим ҳужайраларига таъсир даражасини баҳолаш бўлди.

Биокоррекция “Lactopropolis-AWL” препарати билан ўтказилди, у лаборатория ҳайвонлари оғирлигидан келиб чиққан ҳолда ҳар куни эрталаб берилди. Бунда шу препарат 20 кун давомида берилиб, охири куни ўткир тотал нурланиш бир марта 5 Грей дозада амалга оширилди, нурланишдан кейин 5 - кунда лаборатория ҳайвонлари жонсизлантирилиб, қони олинди ва иммунологик тадқиқотлар ўтказилди.

Ишонарли нисбий кўрсаткичлар лимфоцитлар умумий миқдори ($P < 0,05$, ўсиш 1,26 мартага), CD3+-хужайралар сони ($P < 0,05$, ўсиш 1,25 мартагача) ҳамда CD95+-хужайралар миқдори ($P < 0,05$, ўсиш 1,31 мартагача) бўйича кузатилмади. Ўткир нурланиш таъсирига биринчи бўлиб таъсирланган хужайралар биокоррекция ўтказилгач, таъсирчанлиги қисман камайганлиги кузатилди.

Хулоса.

1. Ўрганилган 9 та иммунокомпетент хужайралар мутлоқ миқдорларида (100%) ишонарли ўзгаришлар кузатилади.

2. Ўткир нурланишгача биокоррекция ўтказилган лаборатория ҳайвонлари гуруҳи кўрсаткичлари, биокоррекция ўтказилмаган оқ зотсиз каламушларга нисбатан иммун тизими хужайраларининг ижобий томонга силжиши 1,17 мартадан 2,03 мартагачани ташкил этди.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Улмасов А.О.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия аллергия стала одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в связи с глобальной распространенностью и интенсивным ростом аллергических заболеваний.

Аллергия занимает ведущее место среди других форм патологии по таким критериям, как распространенность, тяжесть течения, сложность диагностики и терапии, реабилитация, затраты на лечение и др.

Цель исследования. Экспериментально изучить морфологическую структуру слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при остром синусите протекающем на фоне аллергического ринита.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 47 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст — $31,2 \pm 2,7$ года), из них женщин — 24 (51,06%), мужчин — 23 (48,94%), с АР среднетяжелого (16 человек) и тяжелого течения (31 человек).

У всех пациентов отмечалась мультисенсибилизированность к бытовым, пыльцевым, грибковым и эпидермальным аллергенам. Диагностика аллергии проводилась путем определения специфических IgE методами ИФА (иммуноферментный анализ) и ImmunoCap ISAC.

Основные причины повторной обращаемости пациентов за специализированной помощью к аллергологу-иммунологу — отсутствие контроля над симптомами ринита, сомнения относительно точности диагноза и дифференциальная диагностика. Следует отметить, что большинство пациентов обратились на прием в период обострения АР, они предварительно получали системную терапию АГП. Помимо стандартных общеклинических исследований и консультации ЛОР-врача были проведены функциональные тесты для оценки назальной обструкции и UPSIT

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 атопической бронхиальной астмы в 4,4 раза выше, чем в домашней пыли квартир у здоровых детей.

Сочетании круглогодичного и сезонного аллергических ринитов у больных назальных и параназальных синусах характеризуется высокой частотой поливалентной сенсибилизации (в 64,1% и 84% случаев соответственно).

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

У больных САР следует проводить предсезонную профилактику, начиная лечение неседативными АГП, антагонистами лейкотриеновых рецепторов или ингаляционными ГКС за 1–2 нед. до начала активного сезона поллинииции (при появлении пыльцевых зерен в окружающем воздухе). При отсутствии пыльцевого мониторинга необходимо начинать лечение при первых симптомах САР. Продолжать лечение САР следует в течение всего периода цветения «аллергенных» растений и рекомендовать отмену препаратов через 2–4 нед. после окончания поллинииции

Вывод. Многочисленные исследования последних лет подтверждают, что адекватное воздействие на систему мукозального иммунитета позволяет эффективно предотвращать или контролировать развитие аллергического процесса.

Определилась и утвердилась четкая позиция о необходимости контроля аллергического воспаления при АР. Причем для определения терапевтической тактики требуется проведение эффективного доказательного мониторинга посредников воспаления, позволяющего оценивать правильность терапии на каждом этапе лечения.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

Улмасов А.О.

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Аллергический ринит (АР) относится к числу наиболее распространенных хронических аллергических заболеваний. В последние годы стратегическим направлением в лечении патологии является использование методик персонифицированной медицины и создание индивидуальной лечебной траектории, основанной на определении фенотипа АР. Локальные иммунологические процессы, указывающие на наличие или отсутствие иммунологической толерантности и развитие аллергической сенсибилизации, определяются работой мукозального иммунитета. Отсутствие эффективной иммунологической толерантности по отношению к непатогенным аллергенам, обусловленное нарушением функционирования и взаимодействия адаптивного и врожденного иммунитета, приводит к нарушению барьерной функции и формированию воспаления, в т.ч. и аллергического.

Цель исследования. Экспериментально изучить морфологическую структуру слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при остром синусите протекающем на фоне аллергического ринита.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 47 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст — $31,2 \pm 2,7$ года), из них женщин — 24

(51,06%), мужчин — 23 (48,94%), с АР среднетяжелого (16 человек) и тяжелого течения (31 человек).

У всех пациентов отмечалась мультисенсibilizированность к бытовым, пыльцевым, грибковым и эпидермальным аллергенам. Диагностика аллергии проводилась путем определения специфических IgE методами ИФА (иммуноферментный анализ) и ImmunoCap ISAC.

Основные причины повторной обращаемости пациентов за специализированной помощью к аллергологу-иммунологу — отсутствие контроля над симптомами ринита, сомнения относительно точности диагноза и дифференциальная диагностика. Следует отметить, что большинство пациентов обратились на прием в период обострения АР, они предварительно получали системную терапию АГП. Помимо стандартных общеклинических исследований и консультации ЛОР-врача были проведены функциональные тесты для оценки назальной обструкции и UPSIT

Результаты исследования. У больных аллергическим ринитом и воспаления назальных синусах 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.

Оценка выраженности назальной обструкции и ее положительная реверсивность на 35–50 л/мин являются объективными количественными критериями тяжести течения АР и прогноза эффективности симптоматической терапии.

Нарушение обоняния до аносмического диапазона у пациентов с АР свидетельствует о его тяжелом течении и необходимости назначения полного объема фармакотерапии согласно 3–4-й ступени Федеральных клинических рекомендаций 2019 г..

Динамическое наблюдение за пациентами с использованием возможных дополнительных инструментов диагностики нарушений функции носа, на наш взгляд, является очень информативным, недорогим и доступным методом в практической аллергологии.

Вывод. Оценка локальной фракции ключевых цитокинов является высокоэффективной методикой в определении лечебно-диагностической тактики в отношении пациентов с АР и может быть рекомендована в качестве обязательного метода для определения фенотипа заболевания и мониторинга эффективности проводимого лечения. Однако имеющихся в настоящее время данных недостаточно и требуется дальнейшее изучение для отработки единой техники взятия материала, формирования полноценного алгоритма выбора цитокинов при различных фенотипах АР.

МСКТ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Умарова Г.Ш., Валиева К.Н., Асилова С.У., Назарова Н.З., Рахманова М.Р.,
Полатова Дж.Ш., Мухрумбаева К.З.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии»
Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани занимают четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний

органов дыхания и сахарного диабета. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани являются распространёнными как в Узбекистане, так и за рубежом. Частота доброкачественных опухолевых заболеваний опорно-двигательной системы составляет 2,5-5,2% среди всех опухолевых заболеваний.

Цель исследования: описать характеристику и возможности МСКТ в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолевых и опухолеподобных заболеваний костей конечностей.

Материалы и методы исследования: МСКТ исследование проводилось у 35 больных на 64-х срезовом аппарате Neusoft NeuViz 64 с тонкослойными срезами 1-1,5 мм на базе РСНПМЦТО, и на базе медицинского центра «Куксарой».

Для МСКТ-исследования рекомендовались случаи, где анатомические области, недостаточно хорошо визуализировались при рентгенографии.

Результаты исследования: МСКТ исследование было проведено 35 больным с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей конечностей.

При экхондромах у 2 (100%) больных и энхондромах у 7 (100%) больных определялась одинаково неоднородная внутренняя структура очага. При оценке ее плотности показатели индекса Хаусфильда были равны +70 - +80, значения SD = 30-70, и mean 20-70. При этом они отличались лишь характером роста, при экхондроме рост был экспансивный, при энхондроме внутрикостный с тонкими и фестончатыми контурами и внутрикостным ростом

Фиброзная дисплазия у 5 (100%) больных характеризовалась наличием эффекта матового стекла на уровне очага, где характеристики индекса Хаусфильда были равны 50-75, SD = 10-30, и mean = 35-50. Контур при этом были умеренно склерозированы, фестончатые.

При простой костной кисте у 5 (100 %) больных определялась однородная внутренняя структура очага с показателями плотности - индекса Хаусфильда +5-+10 HU, значения SD = 1-7, и mean 35-45 с наличием склеротического ободка. Кортикальный слой при этом существенно не истончался (рис 5.).

При кистозных образованиях с наличием кортикального дефекта по типу фиброзно-кортикального дефекта у 2 (100 %) больных отмечался умеренно однородная внутренняя структура с наличием дефекта на уровне наружного кортикального слоя и умеренного уплотнения задней стенки очага. Характеристики внутренней структуры очага +1-20 HU, значения SD =10-20, и mean 40-50.

Остеоид остеома у 7 (100 %) больных проявляется в виде патологического очага именно в толще кортикального слоя кости, в виде участка уплотнения и утолщения кортикального слоя, с центральным участком пониженной экзогенности, при этом денситометрические показатели на данных участках будут существенно отличаться. Характеристики внутренней структуры очага – «нидуса» +50-+70 HU, значения SD =40-60, и mean 50-80. Тогда как на уровне склеротического вала будет +500-+1700 HU, значения SD =400-600, и mean 500-800.

Таким образом, несмотря на неспецифичность клинических проявлений, возможно дифференцировать характер патологического процесса можно при помощи относительно специфических характеристик выявляемых при МСКТ исследованиях. Как контуры очага, локализация, форма, внутренняя структура очага, наличие вздутия кости а так же, периостальной реакции что так же может позволить прогнозировать тенденцию к озлокачествлению. Кроме того, использование изменения плотности очага в единицах Хаусфильда, при МСКТ позволит выявить предполагаемый характер содержимого серозная, геморрагическая, хондромные или фибринозные, а так же наличием воздуха в очаге.

ПРИМЕНЕНИЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКИХ ЗОБАХ

Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Диффузно токсической зоб занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний щитовидной железы, как послеоперационного периода частоте, так и послеоперационного периода тяжести патологического процесса.

В настоящее время в клиническую практику широко внедрена субкапсулярная субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву, усовершенствованная Б.В.Петровским. Это операция позволяла свести к минимуму различные послеоперационные осложнения. Однако, принцип радикальности этой операции таит в себе опасность развития послеоперационного тиреотоксического криза, гипотиреоза.

Материаль и методи: В данной работе сообщаем результаты наших наблюдений, направленных на сокращение послеоперационных осложнений, применяя при этом в комплексном лечении с операцией реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии.

Больных тиреотоксикозом всего 108, из них в контрольной группе 27 от 16 до 72 года, из них женщин – 83%, мужчин – 17%, лиц пожилого возраста - 8,2%. Тиреотоксикоз средней тяжести – 74%, тяжелой степени – 26%.

Всем больным предоперационным подготовка проводили одинаково, от 9 до 15 суток комплексное лечение. Больным контрольной группы реимплантация не проводили.

Больным, кроме обще клинических исследований, проводили радиометрическое исследование

Функции щитовидной железы и сканирование в до и послеоперационном периодах. Проводили также определение концентрации Т3, Т4, ТТГ в сыворотке крови. Всем больным с тиреотоксикозом средней и тяжелых степеней применяли операцию - реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии.

Все больным с тиреотоксикозом предоперационном периоде получали по рекомендации кардиолога и эндокринолога, тиреостатики (мерказолил, L тироксин) сердечные гликозиды, короналитики, седативные препараты, дезинтоксикационные терапия и витаминотерапия.

В раннем послеоперационном периоде всем больным с тиреотоксикозом лечение проводили послеоперационного периода принципу коррекции нарушенных функций органов, включая и лимфотропная лечения 2- 3 сутки.

Послеоперационный период протекало более гладкое у больных, которым была выполнена реимплантация ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии послеоперационного периода сравнению с контрольной группой.

В ранние сроки после операции в группах средней и особенно тяжело степени тяжести тиреотоксикоза Т3 и Т4 были достоверно низкими послеоперационного периода сравнению с контрольной группой, где не выполнялась реимплантация ткани щитовидной железы и лимфотропной терапию.

Радиометрическое исследование щитовидной железы также показало на 3-4 и 6-7 месяцев нормализацию функции щитовидной железы у больных после реимплантации. Изучение сканограммы показало, что на 12-15 суток имплантированная тиреоидная ткань возобновляет йодопоглатительную функцию и в течении наблюдаемого срока функция трансплантатов держалась стабильно.

Послеоперационные осложнения в раннем послеоперационном периоде протекали более гладко у больных с тиреотоксикозом средней и тяжелой степени, готовившихся

в предоперационном периоде, включая лимфотропное лечение и реимплантацию, послеоперационного периода сравнению с контрольной группой. Летальных исходов и осложнений, связанных с лимфотропной и реимплантацией ткани щитовидной железы, не наблюдалось. Применение лимфотропной и реимплантации ткани щитовидной железы привело к снижению частоты послеоперационной тиреотоксической реакции с -7,1% до -3,7%, тиреотоксического криза с 3,7% до 0,9%.

Вывод: Наблюдение послеоперационной больным после реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапией 31 больных проводится в течение 3 лет. За этот период отмечено улучшение состояния больных. Отсутствует пастозность, адинамия, частота пульса 70-78, состояние стабильное.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Усмонов У.Д.

*Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан.*

Актуальность. Среди различных заболеваний желчевыводящей системы желчнокаменная болезнь занимает 50-65%. Распространенность данного заболевания обуславливает ее ведущие позиции в структуре хирургических заболеваний в мире. На сегодняшний день конкременты в желчном пузыре выявляют примерно у 10% взрослого населения, чаще у женщин в возрасте старше 40 лет, при этом число осложненных форм калькулезного холецистита остается стабильно высоким.

Публикуемые материалы о методах оперирования, как правило, освещают технику их выполнения и демонстрируют анализ лишь непосредственных результатов. Недостаточное внимание уделяется холецистэктомии (ХЭ) из минилапаротомного доступа, анализу ближайших результатов малоинвазивных операций, их сравнительной оценке, оценке экономической эффективности разных способов операции ХЭ.

Цель исследования. Клинико-экономическая оценка эффективности результатов различных способов холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 1464 больных, лечившихся в период 2016-2020 годах. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. Основную группу составили 977 (66,73%) больных. Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. В этой группе все операции выполнены лапароскопическим способом. Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, у которых выполнены ХЭ из минилапаротомного доступа по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин.

Основную массу составили больные с хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ) – 1382 (94,4%). ХКХ с пупочной грыжей отмечено у 39 (2,66%) пациентов, у 34 больных наряду ЖКБ отмечали гинекологические заболевания (киста яичника - 21 (1,44%), миома матки – 13 (0,89%) больных соответственно). ХКХ осложненным холедохолитиазом отмечено у 9 больных. В работе были использованы следующие методы исследования:

1. Оценка непосредственных результатов оперативного лечения на основании изучения объема операции, частоты интра- и послеоперационных осложнений, продолжительности послеоперационного койко-дня, выраженности болевого синдрома;
2. Оценка клинико-экономической эффективности различных способов холецистэктомии на основании: анализ стоимости болезни; анализ минимизации

затрат; анализ затраты-эффективность; анализ затраты-полезность; анализ затраты-выгода.

Результаты и их обсуждение. Все больные после предоперационной консервативной коррекции сопутствующих заболеваний подверглись оперативным вмешательствам в плановом порядке под ЭТН. При анализе экономических затрат на оказание медицинской помощи пациентам с ХКХ в зависимости от способа оперативного лечения нами были учтены все виды расходов. В расчет стоимости общего лечения пациента в стационаре мы включили: стоимость ЭТН; стоимость операции; стоимость обследований и консервативной терапии пред- и послеоперационном периоде; стоимость послеоперационной реабилитации; стоимость пребывания в стационаре (оплата койко-дня).

У больных контрольной группы стоимость ЭТН с учетом расходных материалов составил 103 тыс. 204 сум. 81 коп., а в основной группе этот показатель составил – 112 тыс. 958 сум. 92 коп., что на 9 тыс. 754 сум. 11 коп. дороже чем контрольной группы. Это зависало от продолжительности оперативного вмешательства. Затраты на оборудование, инструментарий и расходных материалов для выполнения одной ЛХЭ составляют 352 тыс. 343 сум. 54 коп., а для выполнения МЛХЭ требуется 167 тыс. 832 сум. Результаты анализа расчета показали, что, себестоимость для выполнения операции из минидоступа существенно ниже себестоимости лапароскопического оборудования. Разница стоимости операции составил 184 тыс. 511 сум. 54 коп., что МЛХЭ менее затратно в 2,1 раза (на 109,9%) чем ЛХЭ. У больных контрольной группы для общеклинического обследования всего затрачен 121 тыс. 594 сум. 30 коп., а у основной – 105 тыс. 748 сум. 70 коп. Очевидно, что при этом у больных основной группы финансовая затрата ниже на 13% и составила 15 тыс. 845 сум. 60 коп. У больных основной группы средняя стоимость медикаментозной терапии до и послеоперационном периоде для одного пациента составила 110 тыс. 843 сум 50 коп., что на 13,4% ниже чем контрольной группы – 128 тыс. 24 сум. 50 коп. Разница средней стоимости обследований и консервативной терапии до и послеоперационном периоде составила 33 тыс. 26 сум. 60 коп., что на 13,2% ниже чем контрольной.

Общая себестоимость лечения пациентов с ХКХ при выполнении операции лапароскопическим способом составляет 1 млн. 16 тыс. 713 сум. 16 коп. При выполнении МЛХЭ данный показатель составляет 1 млн. 200 тыс. 513 сум. 16 коп. Суммируя вышеуказанные затраты, очевидно, что стоимость ЛХЭ наименее ниже чем стоимости МЛХЭ на 15,31% и разница составила – 183 тыс.800 сум.

По результатам анализа полученных данных, наименее выгодна по затратам на лечение пациентов с ХКХ минилапаротомная холецистэктомия. Этот способ операции характеризуется наибольшими затратами на лечение и вместе с тем обладает наименьшей клинической эффективностью по сравнению ЛХЭ. Так соотношение затраты/эффективность при МЛХЭ составило 1 млн. 237 тыс. 642 сум. 40 коп. Наиболее экономически выгодным выглядит способ ЛХЭ: затраты на лечение пациентов наименьшие и вместе с тем низкая частота интра- и послеоперационных осложнений. Соотношение затраты/эффективность при ЛХЭ составляет 1 млн. 26 тыс. 983 сум., что клинико-экономический эффективность выше на 17% (210 тыс. 659 сум. 40 коп.) чем МЛХЭ.

Таким образом, исходя из представленных данных, очевидно, что малоинвазивные технологии оказываются более экономичными. Так ЛХЭ характеризуется высокой себестоимостью, однако обладает наиболее высокой клинической эффективностью, низким уровнем осложнений. Это делает расходы на лечение этим оперативным способом пациентов меньшими, чем при использовании минилапаротомного способа операции.

Выводы:

1. Применение ЛХЭ в хирургическом лечении ХКХ характеризуется низкой частотой интра- и послеоперационных осложнений (1,02%) и летальности (0,4%), сопровождается введением достоверно меньших доз обезболивающих препаратов (в 1,62 раза), дает возможность ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде и позволяет сократить сроки стационарного лечения больных на 3,97 суток по сравнению с больными перенесшими МЛХЭ.

2. МЛХЭ доступна быстрому освоению, сохраняя малоинвазивный характер, позволяет выполнить весь необходимый объем операции, включая вмешательства на холедохе, вместе с тем значительно расширяет показания к оперативному лечению у лиц с высокой степенью операционного и анестезиологического риска, особенно у пациентов с сочетанной соматической патологией.

3. Преимуществами лапароскопических технологий наряду холецистэктомией, является возможность произвести симультанных вмешательств у больных с ХКХ в сочетании хирургических заболеваний брюшной стенки и органов малого таза.

4. ЛХЭ характеризуется высокой себестоимостью (в 2,1 раз), однако обладает наиболее экономически выгодностью, что общие затраты на лечение наименее ниже (на 15,31%), а клинико-экономическая эффективность выше (на 17%) чем МЛХЭ и представляется наиболее целесообразным способом операции.

АНАЛИЗ «НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ» РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Усмонов У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты различных способов холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2017-2021 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года. В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы.

Основную группу составили 977 (66,73%) больных. Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года. В этой группе все операции выполнены лапароскопическим способом.

Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года.

Все больные контрольной и основной группы оперированы в плановом порядке и при этом соблюдалась индивидуализированная хирургическая тактика и лечения согласно по протоколу Минздрава РУз.

Результаты и их обсуждение. В нашем исследовании средняя продолжительность операции ХЭ из минидоступа в среднем составила - $43,5 \pm 6,7$ минуты, а при выполнении операции лапароскопическим способом - $57,7 \pm 9,5$ минуты. Минилапаротомная холецистэктомия (МЛХЭ) была первично предпринята у всех больных контрольной группы. Конверсия минидоступа в традиционной способ лапаротомии потребовалась в 5 (1,02%) наблюдениях. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны со спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 5 пациентов. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 3 наблюдениях (0,61%), требующих конверсии доступа. Во всех 3 наблюдениях во время операции по поводу

хронического калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Все указанные осложнения потребовали конверсии доступа. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершенных по методике МЛХЭ вмешательств развились у 2 пациентов (0,41%) в виде кровотечения из ложа желчного пузыря. Общесоматические осложнения отмечены у 4 (0,82%) пациентов. Пневмония у 2 больных, гипертонический криз у 1 и гипергликемия у 1 больного. Группу местных «раневых» послеоперационных осложнений составили 2 случая (0,41%). У 1 пациента в послеоперационном периоде отмечена гематома послеоперационной раны и у 1 больного инфильтрация послеоперационной раны. Летальность в контрольной группе составила 0,82% (4 больных).

У всех больных основной группы первично предпринято лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). В 2 наблюдениях (0,2%) интраоперационные сложности и осложнения повлекли за собой конверсию ЛХЭ в минилапаротомию по методике клиники. У 1 пациента возникло повреждение левого печеночного протока и у 1 пациента повреждения холедоха. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде развилась пневмония в виде общесоматических осложнений. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 6 пациентов (0,61%), оперированных по поводу хронического калькулёзного холецистита. Все эти осложнения связаны с зоной операции: несостоятельность культи пузырного протока - 4 наблюдение (0,41%) и желчеистечение из добавочного желчного протока – у 2 (0,2%) больных. У 4 пациентов (0,41%) была выполнена повторная операция (релапароскопия, реклипирование культи протока) для устранения осложнения с благоприятным исходом. Летальность в этой группе составила 0,4%.

Заключение. Таким образом, минилапаротомная холецистэктомия позволяет, сохраняя малоинвазивный характер операции выполнить весь необходимый объем оперативного пособия, включая вмешательства на холедохе. Наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений отмечается в группе пациентов с применением ЛХЭ и составляет 1,02% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из минилапаротомного доступа составила 2,26%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии существенно лучше, чем при МЛХЭ.

СТОИМОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Усмонов У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить стоимость анестезиологического и операционного пособия в зависимости от способа холецистэктомии.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2017-2021 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. Основную группу составили 977 (66,73%) больных, у которых выполнено лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года. Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176

(36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) в плановом порядке.

Результаты и их обсуждение. При анализе экономических затрат на оказание медицинской помощи пациентам с хроническим калькулезным холециститом в зависимости от способа оперативного лечения нами были учтены все виды расходов. Одним из основных аспектов экономического анализа при расчете стоимости операции является расчет средств необходимых для обеспечения анестезиологического пособия. Все операции (МЛХЭ и ЛХЭ) были выполнены с применением ЭТН. Расчет эндотрахеального наркоза проводили с учетом стоимости лекарственных препаратов, стоимости расходных материалов, амортизацию дыхательной аппаратуры и ларингоскопа. Стоимость лекарственных препаратов нами была рассчитана на основании сведений о ценах в розничной сети. При определении оптимальной цены препарата исходили из стоимости, предлагаемой центральным аптечным складом клиники.

Стоимость инфузионных систем, шприцев и других расходных материалов рассчитана по закупочной стоимости аптекой стационара. Расчет стоимости эндотрахеального наркоза проводили с учетом затрат на лекарственные препараты и расходные материалы.

Необходимым условием проведения интубационного наркоза является использование ларингоскопа, для проведения интубационной трубки, и дыхательного аппарата для искусственной вентиляции легких. Для правильной оценки затрат на проведение ЭТН необходимо учитывать амортизационные расходы, связанные с использованием сложной медицинской аппаратуры. Расчет расходов на оборудование проводили на основании начальной стоимости оборудования, норм амортизационных отчислений, нормативного времени работы оборудования в год, времени простоя оборудования при регламентированных ремонтных и сервисных процедурах. Начальная стоимость оборудования получена нами в планово-расчетном отделе стационара.

У больных контрольной группы стоимость ЭТН с учетом расходных материалов составил 103 тыс. 204 сум. 81 коп., а в основной группе этот показатель составил – 112 тыс. 958 сум. 92 коп., что на 9 тыс. 754 сум. 11 коп. дороже чем контрольной группы. Это зависало от продолжительности оперативного вмешательства.

Еще одной существенной составляющей стоимости операции являются расходы, связанные с использованием медицинских операционных инструментов и сложной дорогостоящей аппаратуры. Это в первую очередь касается оборудования для лапароскопических операций.

ЛХЭ мы проводили с использованием стандартного набора эндохирургического оборудования фирмы Karl Storz (Германия), укомплектованную монитором, камерой, источником холодного света (галогеновым осветителем) со световодом, инсуфлятором, для подачи CO₂ и поддержания определенного уровня давления в брюшной полости, коагулятором, аквапуратором для санации брюшной полости и отсасывания содержимого из брюшной полости. Кроме того, нами применялся набор эндоскопических инструментов (троакаров, ножниц, диссекторов, зажимов, ретракторов) фирмы Karl Storz и титановые клипсы для лигирования сосудов и пузырного протока.

Расчет расходов на оборудование, так же как при расчете стоимости обезболивания, проводили на основании начальной стоимости оборудования, норм амортизационных отчислений, нормативного времени работы оборудования в год, времени простоя оборудования при регламентированных ремонтных и сервисных процедурах.

Для выполнения холецистэктомии из мини-доступа нами используется стандартный набор инструментов для выполнения традиционной холецистэктомии. МЛ

выполняли в правом подреберье следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом производится разрез длиной до 5 см параллельно к реберной дуге и на 4 см ниже последней.

Одной из наиболее важных и значимых статей расходов являются расходы на оборудование и инструменты для выполнения операции. Так затраты на оборудование, инструментарий и расходных материалов для выполнения одной ЛХЭ составляют 352 тыс. 343 сум. 54 коп., а для выполнения МЛХЭ требуется 167 тыс. 832 сум.

Результаты анализа расчета показали, что себестоимость для выполнения операции из минидоступа существенно ниже себестоимости лапароскопического оборудования. Разница стоимости операции составил 184 тыс. 511 сум. 54 коп., что МЛХЭ менее затратно в 2,1 раза (на 109,9%) чем ЛХЭ.

Заключение. Таким образом, при выполнении клинико-экономического анализа, т.к. применение малоинвазивных способов оперативного лечения может увеличить расходы, связанные с применением дорогостоящего оборудования, но дать экономию по другим статьям: уменьшение койко-дня со снижением расходов на содержание пациента в стационаре, уменьшение частоты и тяжести осложнений, уменьшение объема контрольных исследований. Вместе с тем, стоимость ЭТН с учетом расходных материалов зависит от продолжительности оперативного вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Усмонов У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить особенности течения раннего послеоперационного периода различных способов холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2017-2021 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года. В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы.

Основную группу составили 977 (66,73%) больных с хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ), у которых выполнено лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года.

Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года.

Все больные контрольной и основной группы оперированы в плановом порядке и при этом соблюдалась индивидуализированная хирургическая тактика и лечения согласно по протоколу Минздрава РУз.

Результаты и их обсуждение. На течение раннего послеоперационного периода большое влияние оказывает характер заболевания и вид хирургического вмешательства. Малоинвазивные вмешательства при ХКХ выполняются с минимальной травмой для больного. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций (ЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяло провести раннюю активизацию при минимальных усилиях со стороны больного. Больные были активны с первых суток после операции.

У пациентов после ЛХЭ средний послеоперационный койко-день составил $3,71 \pm 0,3$ дня. У пациентов, которым была выполнена ХЭ из минидоступа, средний койко-день составил $7,68 \pm 0,5$ дня. При этом пациенты позже начинают подниматься с постели. Кроме того, активизация в этом случае в значительной степени зависит от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Чем старше больной, чем больше избыточная масса тела, тем дольше он не может подняться и начать двигаться. Создаются благоприятные условия для проявления сопутствующих заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Увеличивается вероятность присоединения инфекции. Нарушаются физиологические функции организма, появляются запоры. Период реабилитации затягивается.

Клинический анализ результатов показал, что обоснованное применение минилапаротомного доступа при операциях на желчном пузыре заметно уменьшает раневые осложнения. При этом также отмечается снижение числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы, что позволяет, в конечном итоге, улучшить результаты лечения при предложенном подходе к лечению больных с ХКХ.

Заключение. Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал высокую эффективность малоинвазивных методов лечения больных с ХКХ. ЛХЭ позволил сократить общую частоту осложнений (на 2,1 раза) и летальности (в 2 раза) в основной группе по сравнению контрольной. Сравнительный анализ по всем клиническим параметрам показал все преимущества лапароскопического способа у пациентов с ХКХ, который позволил сократить средние сроки послеоперационного койко/дня на 3,97 суток.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Усмонов У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Сравнительный анализ стоимости обследования и лечения больных с хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ) в зависимости от способа операции холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2017-2021 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. Основную группу составили 977 (66,73%) больных. Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года. В этой группе все операции выполнены лапароскопическим способом. Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года.

У всех больных контрольной и основной группы до и послеоперационном периоде проводили общеклинические методы обследования и комплексная медикаментозная терапия согласно по утвержденному протоколу Минздрава РУз.

Результаты и их обсуждение. У больных контрольной группы для общеклинического обследования всего затрачено 121 тыс. 594 сум. 30 коп., а у основной – 105 тыс. 748 сум. 70 коп. Очевидно, что при этом у больных основной группы финансовая затрата ниже на 13% и составил 15 тыс. 845 сум. 60 коп. У больных

основной группы средняя стоимость медикаментозной терапии до и послеоперационном периоде для одного пациента составил 110 тыс. 843 сум 50 коп., что на 13,4% ниже чем контрольной группы – 128 тыс. 24 сум. 50 коп. Разница средней стоимости обследований и консервативной терапии до и послеоперационном периоде сосотавил 33 тыс. 26 сум. 60 коп., что на 13,2% ниже чем контрольной группы.

Оценка характера и количества анальгетиков, применяемых после операции, объективно характеризует степень травматичности операции. Так выраженность болевого синдрома в группе пациентов после МЛХЭ и ЛХЭ приблизительно одинакова. Наименьшее количество анальгетиков необходимое для оптимального обезболивания в послеоперационном периоде отмечено в группе ЛХЭ.

В группе пациентов МЛХЭ в первые сутки послеоперационного периода для достижения адекватного обезболивания был применен промедол. Средняя доза промедола составила 20 мг/сутки (10 мг 1-2 раза внутримышечно в течение первых суток). Баралгин вводили в средней дозе 10-15 мл (5-7,5 г.)/сутки в течение первых-вторых суток послеоперационного периода, в дальнейшем обезболивающую терапию проводили анальгином 2-3 раза в сутки (4-6 мл/2-3 г.).

Наименьший расход обезболивающих препаратов отмечен в группе пациентов после ЛХЭ. Для достижения оптимального обезболивающего эффекта было достаточно применения баралгина. В тоже время, в группе пациентов, перенесших холецистэктомию из минилапаротомного доступа, в большинстве случаев для достижения выраженного обезболивающего эффекта возникала необходимость применения наркотических анальгетиков (промедола).

Стоимость применения препаратов, используемых для обезболивания, рассчитывали по одинаковой схеме с учетом всех затрат. По данной схеме были рассчитаны стоимость однократного применения препарата и общая стоимость обезболивающей терапии у пациентов, после холецистэктомии в зависимости от способа операции.

Продолжительность применения обезболивающих препаратов в разных группах пациентов также была неодинакова. Так в группе пациентов после МЛХЭ болевой синдром был наиболее продолжительным, что потребовало наибольшего использования обезболивающих препаратов.

В группах пациентов, перенесших ЛХЭ, выраженность болевого синдрома была сопоставима и требовала применения анальгетиков в первые 1-2 суток. Исходя из выше перечисленного, были рассчитаны затраты на обезболивающую терапию в послеоперационном периоде у пациентов различных групп исследования - ЛХЭ, МЛХЭ.

Общие суточные затраты на обезболивающей терапии в послеоперационном периоде при выполнении операции из минилапаротомного доступа составил – 47793,55 сум, а при ЛХЭ – 29485,5 сумов. При этом очевидно, что суточные затраты для обезболивающей терапии в послеоперационном периоде у больных перенесших ЛХЭ 1,62 раза меньше чем при МЛХЭ и экономическая эффективность составляет 38,3%.

При оценке стоимости лечения нами была учтена стоимость проведенных дней в стационаре. Расчет проводили исходя из рассчитанной бухгалтерией клиники АндГосМИ стоимости койко/дня для хирургического отделения. Вычисления проводили по ценам, утвержденным прайсом администрации клиники в исследуемых годах (2016-2020 гг.). Цены на 1 койко/дня в зависимости от инфляции в разные периоды были разными и мы исходя из этого вычисляли среднюю стоимость койко/дня, что это составило 82 тыс. 300 сумов в сутки на одного госпитализированного больного на платной основе.

В данную сумму не входили коммунальные расходы стационара, а также расходы, связанные с транспортом, ремонтом и сервисными услугами. Исходя из данных показателей пребывания больного в стационаре, мы рассчитали их влияние на

конечную стоимость лечения в группах пациентов с применением различных оперативных методик.

Очевидно, что выполнение операции минилапаротомным способом доступа существенно продлевает пребывание пациента в стационаре. По сравнению с пациентами после ЛХЭ продолжительность лечения пациентов после МЛХЭ практически в 2 раза дольше. Это в свою очередь отражается на расходах стационара на лечение пациента. Так стоимость пребывания пациента, перенесшего МЛХЭ дороже на 326 тыс. 731 сум., чем пациента, перенесшего ЛХЭ.

Как было указано выше, общая стоимость лечения пациентов в стационаре складывается из расходов на ЭТН, операцию, обследований и консервативной терапии пред- и послеоперационном периоде, обезболивающей терапии в послеоперационном периоде и затрат на пребывание в стационаре.

У больных контрольной группы стоимость ЭТН с учетом расходных материалов составил 103 тыс. 204 сум. 81 коп., а в основной группе этот показатель составил – 112 тыс. 958 сум. 92 коп., что на 9 тыс. 754 сум. 11 коп. дороже чем контрольной группы. Это зависило от продолжительности оперативного вмешательства. Разница стоимости операции составила 184 тыс. 511 сум. 54 коп., что МЛХЭ менее затратно в 2,1 раза (на 109,9%) чем ЛХЭ.

Стоимость обследований и консервативной терапии пред- и послеоперационном периоде, и стоимость обезболивающей терапии в послеоперационном периоде у которых выполнены ЛХЭ составил 246 тыс. 77 сум. 70 коп., и был в 1,2 раза дешевле (на 51 тыс. 334 сум. 65 коп.) чем МЛХЭ. При этом разница стоимости койко/дня составила 326 тыс. 731 сум., что МЛХЭ 2 раза дороже чем ЛХЭ.

Заключение. Таким образом, суммируя вышеуказанные затраты, очевидно, что стоимость лечения с применением ЛХЭ наименее ниже чем стоимости МЛХЭ на 15,31% и разница составила – 183 тыс.800 сум.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Сравнительный анализ «затраты/эффективность» у больных с хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ) в зависимости от способа операции холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы результаты хирургического лечения 1464 больных, лечившихся в 2017-2021 годах на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ. Все больные поступали в клинику последовательно и без предварительного отбора в плановом порядке. Возраст обследованных больных варьировал от 32 до 78 лет, составляя в среднем $54,2 \pm 8,4$ года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. Основную группу составили 977 (66,73%) больных. Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил $52,7 \pm 3,4$ года. В этой группе все операции выполнены лапароскопическим способом. Контрольную группу составили 487 (33,26%) пациентов, перенесшие минилапаротомная холецистэктомии (МЛХЭ) по методу клиники. Среди них 176 (36,14%) мужчин и 311 (63,86%) женщин. Средний возраст составил $56,4 \pm 3,3$ года.

У всех больных контрольной и основной группы до и послеоперационном периоде проводили общеклинические методы обследования и комплексная медикаментозная терапия согласно по утвержденному протоколу Минздрава РУз.

Анализ проводили по формуле $CEA = DC/Ef$, где CEA – соотношение затраты/эффективность, DC – прямые затраты, Ef – эффективность лечения для каждого из способов оперативного лечения. В качестве критерия эффективности каждого из способов операции холецистэктомии нами выбран показатель предотвращенных осложнений как наиболее доступный показатель эффективности лечения. В качестве показателя прямых затрат на лечение пациентов была взята сумма расходов с учетом утвержденных тарифов клиники для платной основы.

Результаты и их обсуждение. Так наименее эффективным оказывается выполнение операции из минилапаротомного доступа. Частота осложнений при применении этой методики наибольшая, а показатель предотвращенных осложнений, соответственно, наименьший. Частота осложнений при выполнении операции малоинвазивными способами значительно ниже и сопоставима при выполнении ЛХЭ.

Расчет показателя затраты/эффективность проводили отдельно для анализа затрат при ХКХ. При этом соотношение затрат и клинической эффективности мы рассчитывали с учетом применения одинаковых способов обезболивания.

По результату анализа полученных данных, наименее выгодно по затратам на лечение пациентов с ХКХ минилапаротомная холецистэктомия. Этот способ операции характеризуется наибольшими затратами на лечение и вместе с тем обладает наименьшей клинической эффективностью по сравнению ЛХЭ. Так соотношение затраты/эффективность при МЛХЭ составило 1 млн. 237 тыс. 642 сум. 40 коп. Наиболее экономически выгодным выглядит способ ЛХЭ: затраты на лечение пациентов наименьшие и вместе с тем низкая частота интра- и послеоперационных осложнений.

Соотношение затраты/эффективность при ЛХЭ составляет 1 млн. 26 тыс. 983 сум., что клинико-экономический эффективность выше на 17% (210 тыс. 659 сум. 40 коп.) чем МЛХЭ.

Заключение. Таким образом, исходя из представленных данных, очевидно, что малоинвазивные технологии оказываются более экономичными. Так ЛХЭ характеризуется высокой себестоимостью, однако обладает наиболее высокой клинической эффективностью, низким уровнем осложнений. Это делает расходы на лечение этим оперативным способом пациентов меньшими, чем при использовании минилапаротомного способа операции.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРИ ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ.

Н.А.Усмонова., К. К. Касимов.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель исследования: повышение эффективности лечения у больных хроническим тонзиллитом при грибково-бактериальном инфицировании.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 больных хроническим тонзиллитом, у 39 при всестороннем обследовании у них установлено наличие грибково-бактериальной флоры в миндалинах. Возраст больных от 7 до 69 лет, мужчин-34, женщин-86.

Одним из основных методов диагностики грибкового суперинфицирования является микроскопическое исследование содержимое лакун миндалин.

Из 39 больных при микроскопии содержимое лакун миндалин во всех случаях в поле зрения были видны большие скопления гриба рода Кандида, а у 14 больных помимо бластоспор были видны и нити псевдомицелия.

Другой важной исследованиями при диагностике грибкового суперинфицировании является посев содержимое лакун миндалин на элективные среда Сабуро или пивное сусло. В начале взятие материал помещали в стеклянную пробирку с жидкой средой Сабуро и помещали в термостат на 24 часа при температуре 27-28°C. Через 24 часа

мазок пересевался на твердую среду Соброро. Уже на 4-5 сутки грибы дают характерный рост, колонии округлые, белые, поверхность их выпуклая, гладкая. Поскольку мы обследовали больных хроническим тонзиллитом, бактериальная природа которого признается большинством авторов, мы наряду с грибковой флорой изучали характер бактериальной флоры миндалин. Из миндалин наряду с грибковой флорой были выделены различные бактерии как в монокультуре (71%) так и в различных сочетаниях (29%). Всего из миндалин выделено 45% случаев стрептококка, 26,7% стафилококк и 3,3% кишечная палочка.

Учитывая полученные данные, мы при лечении больных хроническим тонзиллитом грибково-бактериальной этиологии применяли бактерицидно-противогрибковую пасту, в состав которой входили как противогрибковые, так и противобактериальные средства. В качестве противогрибкового средства нами была использована натриевая соль леворина, а антибактериального диоксидин. Основу пасты составили бальзам Шостаковского и прополис.

Антибактериальные и противогрибковые препараты мы вводили в лакун миндалин в виде паст. Пасту вводили 2 раза в неделю, всего на курс лечения производили 4-5 процедур. В каждую миндалину за одну процедуру в среднем вводили 0,3-0,5 мл пасты. Обычно больные отмечали значительное улучшение состояния уже после 4-5 введений пасты. Во время лечения у этой группы больных несколько уменьшились жалобы и улучшилась объективная картина, исчезли пробки в лакунах миндалин, уменьшились гиперемия и отек дужек, регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Результаты и обсуждение. После проведенного курса значительное улучшение состояний было достигнуто у 23 больных. Улучшение состояния отмечено у 11 и неэффективным лечением оказалось у 4 больных.

Выводы: Таким образом микроскопическое и культуральное исследования являются одним из методов в диагностике хронического тонзиллита при грибково-бактериальном инфицировании.

- Применение бактерицидно-противогрибковой пасты при лечении больных хроническим тонзиллитом является эффективным методом, так как дает возможность образования в миндалинах депо лекарственных препаратов на длительный период.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИК ТАВСИФИ

Н.А Усмонова, Р.И Исроилов

Андижон давлат тиббиёт институти

Сурункали тонзиллит замонавий оториноларингологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, муҳим ижтимоий ва тиббий аҳамиятга эга. Сурункали тонзиллитнинг этиологияси ва патогенези тўғрисидаги тасавурларимизнинг кенгайишига, унинг диагностикаси ва даволашдаги муваффақиятларга қарамай, бу касалликни ривожланишидаги айрим механизмларнинг тутган ўрни тўлиқ аниқланмаган.

Ишнинг максоди: Сурункали тонзиллит касаллигида клиник-морфологик тавсифини урганишдан иборат.

Материал ва текширув усуллари: Сурункали тонзиллит токсик-аллергик шакли билан касалланган беморларни тонзилоэктомиа ташрихидан сунг бодомча безларни морфологик таҳлил қилинди. Жами материал 50 та ташрихдан сунги олинган бодомча безлардан иборат бўлди. Назорат гуруҳи сифатида 25 та сурункали тонзиллит токсико-аллергик шакли билан касалланган беморларни бодомча безлари олинди. Аутопсия материалдан 35 таси, сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шаклини 1-босқичи

қолгани, яъни 25 таси сурункали тонзиллитни токсико-аллергик шаклини 2-боскичи ташкил қилди. Барча гуруҳларда уларнинг анамнезлари, касаллик тарихи ва йулдош ва хамрох касалликлари ўрганиб чиқилди. Шу ҳолат аён бўлдики, хамрох касалликлари бор беморларда йулдош касалликлар билан асоратланиши аниқланди.

Бодомча безининг морфофункционал ҳолатини баҳолаш учун, безнинг улчами, фоликулалари, лакуналари ва крипталари ҳолатини аниқладик. Бодомча безини гематоксин-эозин усулида буялди ҳамда Ван-Гезон, Шик реакцияси усуллардан фойдаланиб текширилди. Қўлга киритилган морфометрик маълумотларнинг ишончлилиқ даражаси Стъюдентнинг t-мезони орқали баҳоланди.

Натижалар ва муҳокама. Клиник-морфологик таҳлил шуни кўрсатдики, материалнинг асосий сурункали тонзиллитнинг токсико-аллергик шакли 1-боскичи (56,6%), токсико-аллергик шакли 2-боскичи (43,4%) бўлди.

Сурункали тонзиллит шаклланишида беморларда аденоидли вегетациялар, бурун тўсиғининг қийшайганлиги, ҳамда оғиз, бурун, кўшимча бўшлиқларнинг сурункали яллиғланишлари кабилар сабабчи бўлган.

Бодомча безининг морфологик текширув шуни курсатдики, 45% холларда без паренхимасида гиперплазия, 37% холда эса фоликулулар инволюцияси, % холда эса безнинг склерози аниқланди.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА.

Н.А. Усмонова

Андижанский государственный медицинский институт

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает одно из первых мест среди ЛОР заболеваний. Несмотря на большое количество проведённых клинических и научных исследований, посвященных этой проблеме, сохраняют свою актуальность до настоящего времени. Распространенность ХТ во всех возрастных группах остается высокой.

Целью настоящего исследования: Разработать эффективной комплекс терапии хронического тонзиллита .

Материалы и методы обследования: Проведено обследование и лечение 80 больных в возрасте от 6-х до 30 лет. Из них: 45 детей были с хроническим токсико-аллергическом тонзиллитом, которая составляли основную группу и 35 больных были с хроническим токсико-аллергическом тонзиллитом (контрольная группа). Больные основной группы получали промывание лакун небных миндалин антисептическом раствором Лоробена и местную магнито-лазерной терапию. Антисептическом раствор Лоробен содержит в своём составе хлоргексидин, оказывают антимикробные действие. Бактериостатический эффект обусловлен кислой реакцией препарата. Не содержит спирта, может применяться у детей. Компонентов препарата придаёт раствору антибактериальный, противовоспалительный, обезболивающий действия. А больные контрольной группы для промывание лакун небных миндалин использовались 2% раствором фурацилина и местно УВЧ. Продолжительность курс лечения составляло в среднем 8-10 дней. Наблюдение показало, что на фоне проводимой комплексной терапии уменьшилась отечность небных миндалин и дужек, лакуны очищались от патологического содержимого, исчезали признаки регионарного лимфаденита, полная нормализация общего самочувствия и местной фарингоскопической картины наступала у больных основной группы к концу первой недели, а контрольной группы средним в через 2 недели.

Выводы: - Разрабатываемые лечебные мероприятия, позволяют представить в учреждения практического здравоохранения определяющих в основу разработки

методических рекомендаций медицинского и организационного характера, направленных на сохранение здоровья детского населения, снижение заболеваемости и оптимизации медицинской помощи.

- Предлагаемая схема лечения ХТ позволяет осуществить индивидуальный к конкретному пациенту и пролонгировать эффективность подход профилактики и лечения, а также снизить заболеваемость у больных с хроническим тонзиллитом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

Хабибуллаев А.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) и желудка формируются при стойком повышении портального давления выше 12 мм рт. ст., локализуются в подслизистом слое нижнегрудного отдела пищевода и представляют собой портосистемные коллатерали, связывающие портальное и системное венозное кровообращение. Примерно у трети пациентов с варикозным расширением вен пищевода возникает кровотечение из них. У половины больных оно останавливается самостоятельно, но каждый его эпизод может привести к летальному исходу в 30–50 % случаев.

Цель исследования. Оценка эффективности эндоскопического лигирования ВРВП 3–4-й степени как метода первичной и вторичной профилактики пищеводных кровотечений при ВРВП.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лигирования у 28 пациентов с февраля 2020 г. по март 2022 г. В соответствии с целью и задачами исследования проведена оценка эффективности ЭЛ в качестве метода первичной и вторичной профилактики кровотечения из ВРВП. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) проводилось пациентам с ВРВП 3–4-й степени по классификации J. Raquet, 3-й степени по классификации N. Soehendra, K. Binmoeller с целью первичной и вторичной профилактики кровотечений.

Пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 18 (64,20 %) пациентов с синдромом портальной гипертензии, не имевших эпизодов кровотечения в анамнезе; вторую группу – 6 (21,50 %) пациентов с одним эпизодом кровотечения; третью группу – 4 (14,30 %) пациента с двумя и более эпизодами кровотечения из ВРВП. Мужчин было 16 (57 %), женщин – 12 (42 %); средний возраст составил 34–65 лет. По нозологии лидирующую позицию занимают мужчины с циррозом печени в исходе ВГВ, но показатели женщин также высоки за счет цирроза печени в исходе ВГС. На этапе освоения методики лигирование выполнялось только в плановом порядке. Далее проводили лигирование у больных с кровотечением из ВРВП в отсроченном порядке, после стабилизации гемодинамики и восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК). Итого всем больным потребовалось выполнение 32 сеансов ЭЛ, в среднем каждому было наложено по 5–7 лигатур, при ВРВП 4-й степени – по 14 лигатур.

Для лигирования ВРВП использованы одноразовые многозарядные лигаторы EndoFlex (Германия), эндоскоп фирмы Pentax с диаметром рабочей части 11,5 мм и инструментальным каналом 2,8 мм, а также электроотсос, создающий разрежение до 1,5 атмосфер. Пациентам проводили от 1 до 3 сеансов лигирования с использованием от 3 до 12 лигатур одноэтапно.

Средний срок наблюдения пациентов составляет 5–7 дней. Кровотечения в послеоперационном периоде не отмечены. При отсутствии осложнений контрольную ЭГДС проводили через 1 месяц после лигирования и определяли, достаточно ли одного

сеанса. По показаниям выполняли дополнительные сеансы лигирования до полной эрадикации вен и уменьшения вен до 1-й степени. У 18 (69 %) пациентов после ЭЛ отметили появление транзиторных болей и дисфагию в ранние сроки после лигирования. Данный феномен мы объясняем натяжением тканей и перекрытием просвета пищевода лигированными узлами. Болевые ощущения проходили в течение 24–36 часов самостоятельно или после приёма 2 чайных ложек альмагеля А, содержащего анестезин. Прием пищи допускался через 8–12 часов. У 4 (15 %) пациентов имела место субфебрильная гипертермия, которая сохранялась первые 2 суток, после чего температура тела пациентов нормализовалась. Других осложнений отмечено не было.

Результаты. Всем пациентам после первого сеанса лигирования вен назначались неселективные β -блокаторы. Дозировка препарата назначалась в зависимости от уровня артериального давления. Неселективные β -блокаторы составляют основу медикаментозной первичной и вторичной профилактики кровотечений из ВРВП; их эффективность и безопасность доказана во многих проспективных рандомизированных исследованиях. Механизм действия неселективных β -блокаторов заключается в сужении сосудов и уменьшении кровотока в органах брюшной полости, снижении давления в портальной системе и венозных коллатералях. Основным критерием эффективности препарата является снижение градиента печеночного венозного давления до 12 мм рт. ст. и ниже, или на 20 % ниже от исходного, что практически устраняет возможность кровотечения из ВРВП или значительно уменьшает его риск.

Выводы. Таким образом, исследование показало высокую эффективность метода ЭЛ в качестве метода первичной и вторичной профилактики кровотечений из ВРВП. Назначение β -блокаторов в послеоперационном периоде и в отдалённые сроки даёт положительные результаты. Положительным моментом при применении ЭЛ является также отсутствие образования стриктур пищевода.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И УРОВНИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА, ЛАКТОФЕРРИНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Хайдаров Ф.Н., Мусоев Т.Я., Хамдамов А.Б
Бухарский государственный медицинский институт.*

Актуальность. Изучение динамики цитокиновой системы и содержание прокальцитонина и лактоферрина в сыворотке крови у пациентов с деструктивными формами острого калькулезного холецистита до и после операции является актуальной проблемой urgentной хирургии.

Цель исследования. Изучение динамики изменений цитокиновой системы крови, а также маркеров деструкции и системной воспалительной реакции (лактоферрин и прокальцитонин) у пациентов с деструктивными формами острого калькулезного холецистита для определения показаний к хирургическому вмешательству.

Материал и методы. Обследованы 132 пациентов с острым калькулёзным холециститом, которые были разделены на 2 возрастные группы; 1-группа (78) пациенты до 65 лет, 2 группа (54) пациенты старше 65 лет. *Изучен цитокиновый статус* (IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10 и ФНО- α), Уровень лактоферрина и прокальцитонина методом ИФА с использованием коммерческих наборов ЗАО «Вектор-Бест».

Результаты исследования. Содержание лактоферрина в сыворотке крови имело своеобразный характер изменений в зависимости от тяжести течения заболевания и

возраста пациентов. Так, у больных I группы с катаральной формой холецистита при поступлении в стационар отмечено повышение уровня лактоферрина в 1,6 раза, тогда как у больных II группы она превысила контрольные значения здоровых лиц в 6,4 раза. Необходимо отметить, что при деструктивной форме холецистита, показатели лактоферрина в сыворотке крови находились на более высоких значениях, относительно показателей контрольных значений. Так, у больных I группы она превысила исходный показатель в 8,6 раза, тогда как у больных II группы - в 11,8 раз. Высокая концентрация ЛФ, возможно, влияет на смену клеточных фаз в очаге острого воспаления, замедляя смену полиморфноядерных лейкоцитов популяцией моноцитов – макрофагов и является одной из причин гнойного расплавления ткани и образования деструкции. Полученные результаты исследований свидетельствуют, что использование маркеров деструкции и системного воспалительного процесса до оперативного вмешательства могут определить тактику лечения и указать на срочность выполнения оперативного вмешательства.

Выводы.

1. Одной из признаков деструктивных форм острого калькулезного холецистита у пациентов является сочетанное увеличение в крови провоспалительных цитокинов-IL-1P, IL-6, IL-8, ФНО-а и снижение противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10.
2. Больным с подозрением на развитие деструктивных форм острого калькулезного холецистита необходимо осуществить лабораторное исследование, где наиболее информативным методом деструктивного холецистита является содержание прокальцитонина и лактоферрина в сыворотке крови.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ

Хайитов А.А.

Частная диагностико-лечебная клиника «Утан Полвон» Г.Термез.

Лапароскопическая хирургия в настоящее время широко применяется в абдоминальной хирургии, в частности на периферии Республики, и в нашей клинике.

Цель: Улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени с использованием лапароскопических методов.

Материалы и методы: За последней 3 года, Диагностическая и лечебная частная клиника «Утан –Полвон» пролечено 25 больных с эхинококкозом печени. Для индивидуального выбора больных разделены на 2 группа по локализации кисты. 1 группа: расположение эхинококковой кисты (ЭК) 3,4,5,6 сегменты печени 9 больных, размеры кисты составляет более 5 см. 2 я группа: ЭК расположение в 7, 8 сегменте и внутрпеченочной локализации.

Для выбора для лапароскопической операции доступном является 1 группа больных. Размеры кисты 5х6 см 2 больных, 6х10 см. 6 больной и более 10 см 1 больной. ЭК в 3 сегменте 5х4,5 см, 2 больных, 4 сегменте по 2 киста 5х4 см. и 7х6,5 см, 1 больной, 5- сегмента 10х9 см.,3 больных. 6- сегменте киста с размерами 7х7 см. и 6х6,5 см. 3 больных.

Диагностический алгоритм включал проведение комплексного УЗИ органов брюшной полости, КТ, и МРТ, иммуноферментный анализ на паразитарные антитела.

Установка лапароскопа и манипуляторов производили в стандартных точках.

Показанием лапароскопической эхинококкэктомии (ЛЭЭ) является 1- группа больных с размером кисты которых превышающей более 5 см.

Результаты: Основные этапы, пункция кисты, удаление хитиновой оболочки, наиболее важным является антипаразитарная обработка остаточной полости (ОП). С этой целью

проводится тщательная ревизия ОП. Полное удаление зародышевых элементов и хитиновой оболочки. При наличии свищевого хода ушивание викрилом.

При ЛЭЭ необходимо учитывать топографическое расположение ЭК с соседними органами путем КТ. При лапароскопии брюшной полости необходим выбор наиболее удобной точки для установки троакаров фиксатора. В рану после удаления инструмента устанавливается наружное дренирование ОП фиксированием в фиброзную капсулу

Выводы: Применение Лапароскопических методов лечения эхинококкоза становится методом выбора в лечение паразитарных кист органов брюшной полости и является альтернативной традиционным открытым вмешательствам и позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации больных в послеоперационном периоде. Летальных исходов не отмечено. Внедрение ЛЭЭ позволило значительно сократить пребывание больных в стационаре в среднем на 10 день по сравнению с традиционными методами

РОЛЬ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

*Хакимов Д. М., Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю.,
Эгамбердиев Б.А.*

*Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП.*

Актуальность. Острый аппендицит – одна из самых частых нозологий, с которой встречается хирург общего профиля в своей рутинной практике. При этом на долю экстренных оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита составляет от 20 до 85%, а аппендэктомия занимает первое место среди остальных неотложных операций.

Диагностические ошибки составляют 15–25% и выше. Количество необоснованных аппендэктомий достигает 30–40%.

С развитием малоинвазивных технологий лапароскопия заняла достойное место в диагностике и лечении больных с острым аппендицитом.

Целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Материалы и методы.

Исследование основано на анализе результатов лечения 95 больных острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка за период с 2015 по 2021 г.

Результаты исследования. Полное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка встречалось в 29 случаях, неполное - в 66. Лапароскопия, проведенная в 11 случаях при полном ретроперитонеальном и в 21 случае при неполном ретроперитонеальном расположении аппендикса, позволила установить диагноз в 8 и 19 случаях соответственно. Сомнения в диагнозе возникли в 5 наблюдениях (15,6 %): у 2 больных с неполным ретроперитонеальным расположением отростка, видимая часть отростка была не изменена; у 3 больных с полным ретроперитонеальным расположением отростка отсутствовали признаки воспаления в области предполагаемой локализации аппендикса. Во всех 5 случаях была проведена срединная лапаротомия с рассечением заднего листка париетальной брюшины и выделением отростка.

В 4 наблюдениях в основной группе после аппендэктомии сохранялись явления местного перитонита, что потребовало лапароскопии и санации брюшной полости с хорошим эффектом в ближайшем послеоперационном периоде.

Широкое применение лапароскопии позволило значительно уменьшить травматичность вмешательств за счет уменьшения частоты срединных лапаротомий. Также использование оптимизированной хирургической тактики позволило значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. При сравнительной оценке эффективности различных тактических подходов в лечении острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка мы учитывали травматичность оперативных вмешательств и частоту раневых и внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

На основании проведенного исследования можно заключить, что информативность лапароскопии в диагностике острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка превышает 80 %. Расширение показаний к лапароскопическим и видеоассистированным операциям позволяет значительно уменьшить частоту аппендэктомий посредством срединной лапаротомии. Применение оптимизированной тактики хирургического лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка также позволяет значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений. Лапароскопия в сочетании с санацией брюшной полости является эффективным компонентом в комплексном лечении некупируемого послеоперационного перитонита.

Заключение. Таким образом, выполнение диагностической лапароскопии позволяет уточнить выраженность патологических изменений со стороны червеобразного отростка, его расположение в ретроперитонеальном пространстве и выбрать оптимальный оперативный доступ в зависимости от вариантов его локализации. Расширение показаний к применению лапароскопического и видеоассистированного доступов при ретроперитонеальной локализации воспаленного червеобразного отростка позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальных исходов, что в целом улучшает результаты лечения.

ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Хакимов Д.М., Ходжиматов Г. М., Карабоев Б.Б., Хамдамов Х.Х.,
Касимов Н.А., Яхёев С.М.*

*Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, Узбекистан.*

Актуальность проблемы. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии до сих пор является предметом дискуссии, обсуждаются проблемы разработки критериев клинического и эндоскопического прогнозирования рецидива кровотечения, предлагаются различные способы остановки кровотечения, различные алгоритмы трансфузионно-инфузионной и гемостатической терапии, анализируются сроки показания и объем хирургических вмешательств. В данной сообщении мы останавливаемся и проблемах диагностики и лечения острых гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии.

Цель работы. Изучить новых данных по диагностике и лечению с острым гастродуоденальным кровотечениям.

Материал и методы. В Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2017 по 2022 годы находились по наблюдениям 59 больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

Результаты исследования: У 47 пациентов диагностирована хроническая язва двенадцатиперстной кишки 12 хроническая язва желудка. Диагностический алгоритм при поступлении больных с подтвержденной клиникой желудочно-кишечного кровотечения по классификации Forrest. В 32 случаев остановившегося кровотечения с низким риском его раннего рецидива ограничили консервативной терапией, направленной на системы гемостаза, восполнения кровопотери и ОЦК назначением противоязвенных препаратов. По стабилизации состояния больных ориентировали их на необходимость радикального лечения язвенной болезни учреждениях плановой хирургий. По поводу ЯБЖ и ДПК осложненным кровотечениям у 14 больных кровотечение остановили эндоскопическим коагуляциям, оперированы 11 больных, из них 9 пациентам выполнены экстренные операции, 2 отсроченные вмешательства. Показанием к экстренной операции эндоскопические выявления картина продолжающегося кровотечения (3) и его рецидив (6). Из 9 оперированных в экстренном порядке больных, летальность наблюдалась 1. У 1 больных язвенное кровотечение остановлено эндоскопической коагуляцией, на двух из них наступил рецидив в течение первых суток, вызвавших необходимость хирургического вмешательства. В группе больных с отсроченными и плановыми операциями летальных исходов не было.

Вывод. Таким образом, нами выбор тактики хирургического лечения острые язвенных гастродуоденальных кровотечения ориентированы на результаты клинической оценки клинических и эндоскопических данных, по которым определяем прогноз рецидива заболевания.

ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ ВЕЙСА

*Хахимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.,
Яхёев С.М., Бобоев У.Н.*

*Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи*

Актуальность. В общей структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта удельный вес больных с синдромом Меллори Вейса составляет в среднем до 15%. Консервативная гемостатическая терапия в сочетании с эндоскопическими методами гемостаза позволяет добиться остановки кровотечения у более чем 95% больных. Частота развития рецидивов кровотечения после первичной остановки при синдроме Меллори Вейса находится в пределах 20-30%. Однако, у 15% пациентов консервативные методы лечения оказываются не эффективными, и они подвергаются вынужденному оперативному вмешательству. Послеоперационная летальность в среднем составляет 1017%, при общей летальности 1,8%.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 94 пациентов с синдромом Меллори Вейса. Мужчин 80 (85,1%), женщин – 14 (14,9%). Возраст больных от 20 до 86 лет. По классификации Bellman (1973) разрывы: I степени выявлены у 81 (86,2%); II степени у 12(12,7%); III степень у 1(1,1%) больного. В 81(86,2%) случае диагностировано наличие одного разрыва, в 9(9,6%) случаях имелось два разрыва, в 4(4,2%) случаях констатировано наличие трех и более разрывов. Результаты. Всем больным при поступлении выполнялась экстренная эзофагогастродуоденофиброскопия. В соответствии с классификацией Forrest (1974) в основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением: FIIA 36 (38,3%), FIIВ 28 (29,8%), FIIC 14 (14,9%), FIИ 9 (9,6%). Активное кровотечение диагностировано у 7 пациентов FIA 2(2,1%), FIB 5 (5,3%). С целью остановки кровотечения и для укрепления гемостаза у 71(75,5%) больного применялся

комбинированный эндоскопический гемостаз в виде обкалывания зоны разрывов этанолом и диатермокоагуляции. Показанием к его применению явилось кровотечение FIA, FIB, FIIA, FIIB. При FIC, FIII эндоскопический гемостаз не применялся. Среди пациентов с активным кровотечением (7) эффективность эндоскопического гемостаза составила 87,3% (6). С целью объективного контроля над процессом установления гемостаза в местах разрывов проводили динамические эндоскопические осмотры по определенным временным интервалам. После гемостаза кровотечения FIA повторную эндоскопию выполняли через 6 часов, FIB через 8 часов, FIIA 12 часов, FIIB 24 часа, FIC 48 часов, FIII 72 часа. Данный стандартизированный подход при выполнении 771 55 повторных эндоскопических исследований позволяет диагностировать возникновение рецидива кровотечения намного раньше, до возникновения явных клинических проявлений и развития тяжелой кровопотери. Частота развития первого эпизода рецидива кровотечения после первичного комбинированного эндоскопического гемостаза составила 29,5% (21 больной). Все рецидивы кровотечения выявлены во время проведения контрольных динамических эндоскопических осмотров в течение первых суток пребывания пациентов стационаре. Рецидив кровотечения проявлялся диффузной кровоточивостью из области разрыва FIB (11) и отрицательной Forrest миграцией у (10) пациентов. Во всех случаях применен комбинированный эндоскопический гемостаз повторно. Кровотечение остановлено. В динамике наблюдения у 20 (из 21) больных отмечалась положительная эндоскопическая картина, место разрыва визуализировалось в виде покрытого организованным коричневым струпом участка. Оперировано 2 (2,1%) больных. Один пациент подвергнут оперативному вмешательству в связи с продолжающимся кровотечением и неэффективностью эндоскопического гемостаза. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Второй пациент оперирован по причине многократного рецидивирования кровотечения на фоне имеющегося декомпенсированного цирроза печени. Наступил летальный исход, основной причиной которого явилась печеночная недостаточность. Общая летальность составила 1,1%.

Выводы. Таким образом, синдром Меллори Вейса является достаточно частой нозологической формой в общей структуре причин желудочно-кишечных кровотечений. Эндоскопия является основным лечебно-диагностическим методом, позволяющим визуализировать область разрыва в 100% случаев. Применение комбинированного эндоскопического гемостаза дает возможность достижения окончательного гемостаза в области разрывов у 97,2% пациентов. С целью контроля над процессом установления гемостаза в области разрыва, раннего выявления возникшего рецидива кровотечения, своевременного проведения эндоскопического гемостаза должны применяться динамические эндоскопические осмотры по строгим временным интервалам в зависимости от изначального класса Forrest (1974). Консервативная терапия в сочетании с комбинированным эндоскопическим гемостазом позволяет добиться уровня общей летальности при данной патологии в 1,1%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.,
Яхёев С.М.*

*Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи*

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы: За последние 5 лет в клинике оперированы 198 больных с ПГДЯ, средний возраст 42 года, мужчин было 87,3%, женщин – 12,6%, прободные язвы дуоденальной локализации – 86,3%, желудочной – 13,7%. До госпитализации 92,9% больных получали противоязвенную терапию, в том числе 33,8% – антихеликобактерную. В 56% отмечено повторные прободение язв, 63% – сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (пенетрация, стеноз, кровотечение). До 6 часов с момента прободения госпитализировано 71,2%, с 6 ч. до 12 ч – 7,6%, с 12 ч до 24 ч – 13,6%, до 48 ч – 6% и позже 48 ч – 1,5% больных. Наличие шока было диагностировано у 5,5% больных. По шкале APACHE у 37,8% больных сумма баллов была до 6, у 47,9% – до 12, у 11,1% – от 12 до 18 и у 28% – выше 18 баллов. Обследование больных проводили в соответствии с национальными клиническими рекомендациями и принятыми в клинике протоколами. Кроме обзорной рентгенографии грудной клетки и живота, использовали фиброгастродуоденоскопию, при неясных случаях с повторным рентгенологическим исследованием после эндоскопии для выявления пневмоперитонеума, УЗИ брюшной полости, диагностическую лапароскопию. К общему числу больных, диагностическая лапароскопия была выполнена у 79,3% больных. В 94,5% случаев диагноз ПГДЯ был установлен в течении первых 2 часов.

Результаты. В кратковременной предоперационной подготовке нуждались пациенты с перитонитом, нестабильной гемодинамикой, шоком (22 больных – 11,1%). Целевыми показателями подготовки считали достижение ЦВД до 8 – 12 мм рт.ст., среднего АД > 65мм рт. ст., SvO₂> 70%, диуреза > 0,5 мл/кг/ч. Использовали три метода хирургических вмешательств: видеолапароскопические вмешательства (n=117, 59%), комбинированные миниинвазивные вмешательства – лапароскопическая санация брюшной полости и вмешательства на желудке или двенадцатиперстной кишке из минилапаротомного доступа (n=29, 14,7%) и операции из классического лапаротомного доступа (n=52, 26,3%). Первично показания к лапаротомии были установлены у 8 больных с распространенным перитонитом с показателями по шкале APACHE II >18 баллов, при госпитализации позже 24 часов с начала заболевания. 44 больным лапаротомия потребовалась в пределах диагностической лапароскопии (28%), в том числе в 37 случаях

по поводу распространенного перитонита с абдоминальными абсцессами, в 2 – ввиду больших размеров (>10мм) прободного отверстия, в 4 – из – за прорезывания швов вследствие выраженной инфильтрации тканей и в 1 случае – при локализации язвы в задней стенке желудка. Из указанных 44 больных только у 8 планировали видеолапароскопическую операцию, конверсия составила 5%. Противопоказаниями к лапароскопическим операциям считали тяжелое состояние больных (по APACHE II >18 баллов, ASA >3), терминальная фаза перитонита, перитонит с множественными абсцессами, необходимость в интраоперационной декомпрессии кишечника, разлитой перитонит на фоне перенесенных абдоминальных операций, наличие выраженной внутрибрюшной гипертензии (интраабдоминальное давление >20 мм рт. ст., абдоминальное перфузионное давление 10 мм) – у 11,1% больных. При I и II и часто при III степени ушивали однорядными швами, у III степени ушивали однорядными швами, у части больных при III степени и у всех больных с IV ст. – двухрядными швами или однорядным швом с оментопластикой. Иссечение язвы с ваготомией выполняли в 2,5% резекцию желудка – 1% больных. Послеоперационные осложнения были у 8,1% больных, в том числе несостоятельность швов в 1 случае (0,5%), интраабдоминальные абсцессы в 3,1%, нагноение операционных ран – в 4,5%. Послеоперационная летальность составила 4,5%, все больные были госпитализированы позже 24 часов, у них выявили септический шок, ПОН, ТЭЛА.

Выводы:

1. Миниинвазивные оперативные вмешательства являются эффективными, безопасными методами лечения ПГДЯ, но при условии отбора компенсированных, с благоприятной оценкой риска развития осложнений (по ASA, малые размеры перфоративного отверстия, малые сроки после перфорации).

2. Способ ушивания перфоративного отверстия зависит от его размеров, состояния окружающих тканей, при технических сложностях оптимально завершить операцию ушиванием из миnilапаротомного доступа.

ИЗУЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г.,
Хакимов И.С*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клиничко-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.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить местно-раздражающее и кожно-резорбтивное действие отечественного углеродного сорбента в эксперименте.

Материал и методы. Исследования кожно-резорбтивного действия препарата проводили на 6 белых крысах с массой тела 190-200 гр., которых фиксировали в специальных станках, хвосты животных погружали в пробирки с исследуемым препаратом на 2/3 длины хвоста. Пробирки помещали в водяную баню с температурой 28-32° С. Время экспозиции 4 часа. После окончания эксперимента кожу хвостов обмывали теплой водой с мылом. За животными проводили наблюдение в течение 3-х недель.

Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела.

Изучение местно-раздражающего действия на кожу. Исследования проведены на 6 белых крысах-самцах с массой тела 200-230 грамм и 5 кроликах-альбиносах с массой тела от 2,0 до 2,5 кг. На выстриженный участок кожи животных площадью 15x10 см аппликацию исследуемого вещества в виде геля наносили на участок размером 2x2 см, по обоим бокам, сверху покрывали 4-слойной салфеткой и перевязывали. Контролем служили выстриженные участки, на которые наносили дистиллированную воду в том же объеме. Животных фиксировали в течении 4-х часов. Реакция кожи регистрировалась по окончании экспозиции через 1 и 16 часов после аппликации.

Результаты. Проведенные исследования показали, что за время наблюдения 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено животные оставались активным, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители. При однократном нанесении на кожу белых крыс на выстриженный участок исследуемого вещества установлено, что углеродный нанопористый гемосорбент не вызывает раздражения кожных покровов, покраснения, отека или других видимых изменений на коже.

Заключения. Таким образом, углеродный нанопористый гемосорбент не обладает местно-раздражающим и кожно-резорбтивным воздействием.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С
Андижанский государственный медицинский институт

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.

Заключение. Таким образом, летальная доза подопытных животных по результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении установлено на уровне 6654,0 мг/кг и препарат относится к 4 классу опасности-практически нетоксичным веществам.

АНАЛИЗ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г. М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.,
Яхёев С.М., Бобоев У.Н.

Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Актуальность проблемы. За последних 10 лет наблюдается тенденция к значительному увеличению количество сочетанных травм груди и живота которые составляют до 32 % и занимают третье место среди всех механических повреждений, необходимо отметить, что несмотря на значительные достижения современной хирургии летальность при этих травмах остается довольно высокой.

Цель работы. Усовершенствование вопросов диагностики и тактики лечения больных с торакоабдоминальными ранениями.

Материал и методы. Исследование основывается на результатах диагностики и лечения 42 больных с различными торакоабдоминальными ранениями, находившихся

на лечении в абдоминальном и торакальном отделении Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, с 2018-2022 гг. мужчин было 30, женщин 12, всем поступившим больным помимо то клинико-инструментальных методов обследование лабораторных, эндоскопических и рентгенологических исследований проводились лапароскопические и торакокопические вмешательства.

Результаты исследования. При этом у 18 больных обнаружено повреждение паренхиматозных органов брюшной полости. В 7 случаях найдено повреждения полых органов (желудок, кишечник, с наличием остановившегося и продолжающегося внутреннего кровотечения). У 5 больных торакальная патология сопровождалась с ранением легких, у 12 больных без повреждения органов плевральной полости. При этом малый гемоторакс у 8 больных, средний у 7 больных, гемоторакс у 1 больного результаты лечения показали, что у 16 больных оперативное вмешательство заключалась в лапаротомии с коррекцией имеющейся абдоминальной патологии. Торакальное вмешательство ограничилась торакоцентезе и дренированием плевральной полости. У 2 больных наряду с лапаротомией для корректирование торакальной патология произведена торакотомия с видеоассистированием, и лишь у 2 больных выполнено классическая лапаротомия и торакотомия вследствие обширного повреждения легкого и продолжающийся внутри плевральным кровотечением.

Вывод. Включение в план диагностики и лечение больных с торакоабдоминальными ранением торакокопии и лапароскопии позволило значительно улучшить диагностику данной патологии, уменьшить травматичность проводимых оперативных вмешательств и воздержаться от ненужных сочетанных операции в виде лапоротомии и классической торакотомии.

ОЦЕНИТЬ МУТАГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОРСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С.,
Асранов Ш.Я
Андижанский государственный медицинский институт*

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.

ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

Хахимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю
Андижанский государственный медицинский институт

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.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

*Хакимова Зулхумор Каримовна¹, Камиллов Халиджан Махамаджанович¹,
Мамасалиев Ньматжон Салиевич², Мамасалиев Зоҳиджон Ньматжанович.²*
Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан²

Актуальность. Болезни глаз являются одной из острых проблем общественного здоровья. Современные социологические исследования подтверждают, что пациенты пожилого и старческого возраста с нарушенной функцией зрения сталкиваются со многими экономическими и медицинскими проблемами. Заболевания органа зрения у долгожителей являются одним из самых широко распространенных патологических состояний приводящее к снижению качество жизни.

Порядка 90% расходов на здравоохранение в мире приходится именно на последние годы жизни человека. Долгожительство (достижение возраста 90 лет и старше) является одним из важнейших биосоциальных феноменов. Имеющиеся в литературе данные по эпидемиологии глазных болезней противоречивы, касаются они как правило лиц трудоспособного, пожилого и старческого возраста (Квасова М.Д. и соавт. 2011, Vitales., 2016).

Начиная с возраста 90 лет и старше увеличивается число обращений по поводу болезней придаточного аппарата глаза и хрусталика. Существует чёткая зависимость между возрастным составом населения и характером его обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения по глазной патологии.

Цель исследования. Изучить факторов риска развития глазной патологии у долгожителей в некоторых регионах Республики Узбекистан.

Материал и методы исследования. Исследовано 320 долгожителей проживающих в областях Ферганской долины Республики Узбекистан. Из них: 112 – жители Андижанской области, 127 – жители Ферганской области и 91-житель Наманганской области. Всем были проведены клинические (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), офтальмологические, биохимические (холестерин, глюкоза в крови), инструментальные (ЭКГ, УЗИ, антропометрия) методы исследования.

Результаты. В результате инструментального исследования органа зрения у 50,9% обследованных выявлены изменения характерные для гипертонической болезни. Она проявлялась гипертонической ангиопатией сетчатки в виде сужения и извитости артериол. В 28% случаев на глазном дне выявлен ангиосклероз со симптомами медной и серебрянной проволоки в сосудах сетчатки, а у 12% больных обнаружена ретинопатия со штрихообразными кровоизлияниями, с накоплением твердого и мягкого экссудата в области макулы. Только в 4,6% случаев выявлена нейроретинопатия с отёком диска зрительного нерва и снижением остроты зрения, что и послужила причиной экстренной госпитализации.

У 27,8% больных выявлено помутнение хрусталика различной степени. Эти больные были направлены к офтальмохирургу.

В 8,1% случаев обнаружены проявления сахарного диабета второго типа. На глазном дне у 5,7% больных выявлены микроаневризмы, расширение вен, петехиальные кровоизлияния, в макулярной области твёрдые экссудаты в виде звезды. В 2,4% случаев диагностированы пролиферативные и неоваскулярные изменения сетчатки. Больным было показано лазеркоагуляция сетчатки.

У 47,4% исследованных на электрокардиографии выявлены изменения характерные для гипертонической болезни. При биохимическом исследовании крови у 34,6% исследованных был выявлен повышенный уровень холестерина, а в 11,6% случаев показатели содержания глюкозы в крови были выше показателей нормы. Эти больные были направлены к терапевту и кардиологу для дальнейшего лечения.

Выводы. Изучение факторов риска развития глазных болезней среди долгожителей доказывает высокую распространенность офтальмопатологии, трудность выявления на ранних стадиях, сложность лечения и наблюдения, высокий уровень инвалидизации и негативное влияние на качество жизни из-за слабости зрения и слепоты.

Полученные данные дают основание для детального изучения факторов риска развития основных глазных болезней среди долгожителей с последующей разработкой алгоритмов диагностики, лечения и ведения.

ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В ФЕРТИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Хамдамов И.Б.

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина.

Актуальность. Взаимодействие алломатериала с тканями организма, его антиадгезивность, устойчивость к микрофлоре являются важными вопросами современной герниологии и требуют постоянных новых разработок и исследований.

Цель исследования улучшение результатов хирургического лечения женщин фертильного возраста с грыжами передней брюшной стенки путем обоснования дифференцированного подхода к выбору метода аллогерниопластики.

Материал и методы исследования. Для проведения экспериментальных исследований были использованы крольчихи породы новозеландская белая со средней массой 5 кг (4700-5200 грамм). Экспериментальные исследования проводились с соблюдением требований Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей (Strasburg, 1986). С этой целью на одном кролике была применена разработанная модель «беременности» и через 20 дней кролик был выведен из эксперимента и осуществлен забор тканей с различных участков передней брюшной стенки с последующим морфологическим исследованием.

Результаты исследования. При морфологическом исследовании тканей передней брюшной стенки в области срединной линии отмечено, что ткани кожи были с сохранностью всех структурных элементов. Эпителий с признаками ороговения, в ретикулярной и сосочковой дерме множественные элементы волосянных фолликулов. Гиподерма скудная с переходом в мышечную ткань. На гистологическом срезе поперечная и косая мышца с плотной фиброзно-коллагеновой фасцией между ними. Отмечается наличие множественных фибробластов по линии фасции. Изучение морфологической структуры тканей передней брюшной стенки в боковой области живота показало, что ткани кожи с сохранностью слизистой, под ней волосяные фолликулы без признаков изменений. Поперечная мышца брюшной стенки, окруженная серозной оболочкой и жировой тканью.

При морфологическом исследовании тканей передней брюшной стенки в области мечевидного отростка без растяжения было отмечено, что ткани кожи с множественными фолликулами волосяного матрикса. Поверхностная жировая фасция и наружная косая мышца без патологических изменений. Рыхло-волокнистая соединительная ткань, составляющая структуру апоневроза, плавно переходит в фиброзно-коллагеновую и затем в мышечную ткань. Изучение морфологической структуры тканей передней брюшной стенки в паховой области живота показало, что ткани кожи с множествами фолликулами волосяного покрова. Коллагеновая соединительно-тканная структура с фиброцитами. Вокруг апоневроза отмечается фиброзно-жировая ткань. В структуре апоневроза между косыми мышцами передней брюшной стенки имеются кровенаполненные сосуды. Проведенные исследования показали, что имеющиеся ткани передней брюшной стенки (кожа (собственная дерма и эпидермиса), подкожно-жировой слой (гиподерма), апоневроз (состоящий из соединительной ткани), мышечный и серозный слой (брюшина)) без растяжения имеют нормальную структуру. Необходимо отметить, что у экспериментальных животных, в отличие от человека, выраженный волосяной покров, и, соответственно в структуре кожного покрова, отмечается большее количество фолликул волосяного матрикса.

Для оценки характера изменений тканей передней брюшной стенки и возможности оценки изменения прочности тканей при аутопластике и аллопластике различными материалами, что принципиально важно при прогрессирующей

беременности, нами проведены морфологические исследования тканей различных участков передней брюшной стенки экспериментальных животных при их максимальном растяжении. Для этого, у экспериментального животного была воспроизведена разработанная модель «беременности» с увеличением живота до ее максимального срока и через 20 дней выполнен забор тканей и проведено морфологическое исследование тканей. Указанный срок забора материала был выбран эмпирически. Как и у экспериментального кролика без растяжения, в данном случае забор материала осуществлен из четырех участков:

1. Ткани передней брюшной стенки в области срединной линии после растяжения.
2. Ткани передней брюшной стенки в боковой области живота после растяжения.
3. Ткани передней брюшной стенки в области мечевидного отростка после растяжения.
4. Ткани передней брюшной стенки в паховой области после растяжения.

При анализе морфологических исследований, особое внимание уделяли изучению структурных изменений апоневроза и мышц, ввиду того, что именно эти слои бывают задействованы в процессе аутопластики и аллопластике грыжевых ворот. Морфологические исследования тканей передней брюшной стенки по срединной линии живота после растяжения показало, что между двумя косыми мышцами отмечаются признаки гипертрофии с гиперплазией адипоцитов и фиброцитов. Зона апоневроза с признаками выраженного разрыхления и гиперплазии жировых клеток – адипоцитов с примесью фиброцитов. При гистологическом изучении тканей передней брюшной стенки в области мечевидного отростка после растяжения отмечались признаки пролиферативной активности и умеренной гиперплазии апоневроза. Отмечается увеличение количества фиброцитов. Косые и продольные мышцы с интерстициальным отеком, отмечается гипертрофия жировой прослойки. Морфологические исследования тканей передней брюшной стенки по боковым областям живота после растяжения показало, что апоневроз умеренно истончен, дистрофирован, с увеличением количества сосудов и окружен гиперплазированным слоем жировой ткани. Экстраперитонеальная жировая ткань с признаками гиперплазии. Межмышечные пространства расширены и с признаками отека, как между продольной (стрелка) и косой, так и в самой косой мышце.

Проведенные морфологические исследования показали, что при беременности «нагрузка» на разные участки передней брюшной стенки осуществляется неравномерно. Чем больше удлиняются ткани, тем более выражены структурные изменения со стороны тканей передней брюшной стенки. Наиболее выраженные изменения отмечены со стороны тканей срединной линии живота, что выражалось в выраженном разрыхлении апоневроза, гипертрофии мышц и гиперплазии фиброцитов. Менее выраженные изменения отмечены со стороны мечевидного отростка, далее – тканей боковой стенки живота. Наименьшие изменения тканей передней брюшной стенки при «беременности» отмечено в паховой области.

Выводы.

1. Использование пролена отмечается минимальное растяжение тканей передней брюшной стенке при его имплантации, что свидетельствует о нецелесообразности использования пролена для аллогерниопластики и женщин фертильного возраста.
2. При использовании ультрапро результаты растяжимости в боковой области живота и в паховой области были идентичны пластике собственными тканями, что даёт возможность применения полурассасывающегося алломатериала для пластики грыж боковой области живота и в паховой области у женщин репродуктивного возраста.
3. Использование нерассасывающегося алломатериала пролена не целесообразно при аллогерниопластике женщинам репродуктивного возраста.

**ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕРОДНОГО
НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ
МОДЕЛИРОВАНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

*Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш.,
Карабоев Б.Б*

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования: оценить эффективность углеродного нанопористого гемосорбента в эксперименте на модели механической желтухи.

Материалы и методы.

Фундаментом данного исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС) с преимущественным содержанием нано- и мезопор в экспериментальных условиях. Экспериментальные исследования выполнены на беспородных собаках по применению нового угольного сорбента и выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. В эксперименте формирование механической желтухи выполнено у 12 животных, максимальная клиническая картина патологического процесса проявилась на 5 сутки после операции. С этого времени экспериментальные животные были разделены на 3 группы по 4 животных: Контрольная группа №1 – животные, которым после восстановления пассажа желчи (на 5 сутки) лечебные процедуры в виде экстракорпоральной детоксикации не проводились. Контрольная группа №2 – животные, которым на 5 сутки после формирования патологического процесса и восстановления пассажа желчи плазмсорбция (2 сеанса) проводилась с применением угольного сорбента на основе анионообменной смолы - АН-221 (производитель ООО «Химимпэкс», Украина). Опытная группа - животные, которым на 5 сутки после формирования патологического процесса и восстановления пассажа желчи выполнялось 2 сеанса экстракорпоральной детоксикации с отечественным гемосорбентом. Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмсорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмсорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропусклась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмсорбции проводилась с повторными

заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы. Достигнуто достоверное снижение уровня практически всех патологических уровней метаболитов: билирубина, мочевины, креатинина, аммиака. Тогда как уровень белка в опытной группе оставался без достоверных изменений. Каждый сеанс плазмосорбции сопровождался использованием новой сорбционной колонки. Для УНПГС плазмосорбция была наиболее эффективна в течение 10 минут (в соотношении 50 г/100 мл плазмы).

Заключение. Таким образом, результаты изучения свойств УНПГС на модели механической желтухи показали безвредность и биологическую эффективность наномезопористого углеродного гемосорбента. Полученные результаты с обоснованной безопасностью и эффективностью проведения плазмосорбции через новый отечественный гемосорбент позволяют рекомендовать применение разработанной методики в клинической практике, с дальнейшей оценкой качества экстракорпоральной детоксикации при комплексном лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи или другой этиологии в клинической фазе исследований.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ

*Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш.,
Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества.

Цель исследования: оценить эффективность плазмосорбции с нанопористым углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением

Материалы и методы. Объектом исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС). Экспериментальные исследования выполнены на 4 беспородных собаках по применению нового угольного сорбента, которые проводились на базе «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. Для оценки эффективности предложенного способа плазмосорбции с дополнением лазерного облучения были выполнены экспериментальные исследования на 4 беспородных собаках. Модель формирования механической желтухи проводилась разработанной нами методикой.

Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента с лазерным облучением. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из

вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропусклась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы.

Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950 нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100Гц. Лазерное облучение начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс плазмосорбции с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК-излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 Гц обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890 нм, частотный режим от 80Гц до 1500Гц. Мощность в импульсе до 10Вт.

Включение лазерного облучения в процесс проведения плазмосорбции через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2 сеансов с $216,5 \pm 11,0$ 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). На основании полученных результатов с обоснованием высокой эффективности методики проведения плазмосорбции с лазерным облучением.

Заключение Таким образом, для усиления сорбционного эффекта при проведении экстракорпоральной детоксикации с целью коррекции печеночной недостаточности на фоне механической желтухи предлагается способ проведения плазмосорбции, основанный на применении нового отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в совокупности с лазерным облучением плазмы крови.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЭНДОКРИННОЙ ПРАКТИКЕ

Хамраев У.П., Хамдамов Б.З.

Бухарский медицинский государственный медицинский институт

Актуальность. По мнению большинство исследователей аутоиммунные тиреопатии являются многофакторными заболеваниями, вызванными сложным

взаимодействием генетических, гормональных и средовых факторов, которые провоцируют развитие неадекватных иммунных ответов против щитовидной железы на разных уровнях и инициируют длительную аутоиммунную реакцию. Некоторые из авторов считают, что в патогенезе аутоиммунных заболеваний щитовидной железы оксидативный стресс играет важную роль.

Цель исследования: изучить динамику изменений перекисного окисления липидов и антиоксидантный потенциал крови у больных диффузно токсическим зобом в динамике хирургического вмешательства.

Материал и методы исследования. Для объективного анализа данной проблемы нами были исследованы 154 пациентов с диагнозом диффузный токсический зоб (Болезнь Грейвса-Базедова), находившиеся на стационарном лечении в отделении I-хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Обследованные больные были условно разделены на 2 группы. Первую группу составили 63 (40,9%) больных которые принимали тиреостатическую терапию в течении 1 года, Вторую группу составили 91. Оперативные вмешательства проводились в возрастных группах от 26 до 71 года: 25-40 лет — $30,0 \pm 5,5$ %; 41-56 лет — $36,8 \pm 5,7$ %; от 60 и старше — $33,2 \pm 5,6$ %. Все пациенты поступали после комплексного обследования у эндокринолога. В большинстве случаев больные госпитализировались в хирургическое отделение при отсутствии клинических проявлений тиреотоксикоза. Терапия на ранних стадиях диффузного токсического зоба заключалась в приеме антитиреоидных препаратов — тиамазола и пропилтиоурацила. Показаниями к хирургическому лечению явились тяжелое течение тиреотоксикоза, неэффективность тиреостатической терапии «в виде рецидивирующего течения тиреотоксикоза», компрессия органов шеи увеличенной железой, наличие зоба больших размеров, онкологическая настороженность при наличии узловых новообразований, тяжелая офтальмопатия, отсутствие возможности или нежелание больного получать длительное медикаментозное лечение.

Результаты исследования. В ходе операции часто наблюдались следующие осложнения: открытие кровотечения, воздушная эмболия в случае повреждения крупных вен, повреждение возвратного нерва. На наш взгляд, одной из причин кровоточивости при оперативном лечении тиреотоксического зоба, не связанная с анатомическими особенностями щитовидной железы, - изменения функционального состояния системы гемостаза.

Необходимо отметить, что четкие представления о характере и механизме гемостатических сдвигов до сих пор являются дискуссионными и несмотря на признание многими исследователями гипокоагулемии как причины кровоточивости при гипертиреоидных состояниях, не исключено вторичное происхождение гипокоагулемии. В связи с изучением роли липидпероксидации в патогенезе тиреотоксикоза появились дополнительные задачи для решения послеоперационных осложнений в виде кровотечений. Многие экспериментальные исследования доказали, что липидпероксидация тесно связана с гемостазом. Кроме того исследователями отмечено, что в малых дозах тиреогормоны уменьшают уровень липидпероксидов в тканях, а в больших - угнетают антиоксидантную защиту. Следовательно, щитовидная железа и его гормоны являются одним из важных регуляторов интенсивности липидпероксидации, а её функционирование в свою очередь определяется, в частности, состоянием свободнорадикальных процессов. Исходя из вышеизложенного, мы решили изучить в динамике состояние системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных диффузно токсическим зобом. В процессе предоперационной подготовке к хирургическому вмешательству проводили антиоксидантную терапию препаратом-Кверцетин (500 мг 2 раза в день в течение 30 дней), как капилляро стабилизирующий, антиоксидантный, мембрано стабилизирующий, снижает проницаемость капилляров и репаративное действие, а

также Эссенциаль форте Н (1 кап. 2 раза в день) для укрепления стенок сосудов. Проведенная нами комплексная терапия до и после оперативного вмешательства показало на своеобразную динамику изучаемых так у пациентов получавших в течение 1 года мерказолил, уровень диеновых конъюгатов в подготовительном периоде имеют тенденцию к снижению на 14 день в среднем на 16% от исходных показателей. После операции, на 7 день исследования уровень диеновых конъюгатов в плазме крови уменьшилось на 37%. Анализ полученных результатов исследований, указывало на снижение уровня антиоксидантов на 14 день до операции соответственно на 39% и 32,4% против исходных величин. Необходимо отметить на полученные результаты исследований после операции на 7 день исследования, где все изучаемые показатели приблизились к показателям групп сравнения (у 78% обследуемых лиц), что указывает на эффективность проводимой предоперационной подготовки.

Выводы

1 В основе прогрессирования аутоиммунного воспаления щитовидной железы немаловажная роль принадлежит окислительному стрессу. При этом мерказолил может усиливать окислительный стресс.

2. Исследование таких маркеров окислительного стресса, может применяться для подтверждения диагноза и назначения адекватного лечения пациентам с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы.

3. Антиоксиданты (кверцетин) могут играть положительную роль в коррекции метаболических нарушений при диффузно токсическом зобе.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКИ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М., Карабоев Б.Б.,
Касимов Н.А., Бобоев У.Н.*

Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Повреждения груди и живота вызывают тяжелые расстройства основных жизненных функций организма непосредственно в момент травмы и в считанные минуты после нее. Наличие в торакоабдоминальной области организма человека основных жизненно важных органов, магистральных сосудов, специфика анатомического строения, близость кишечного содержимого и ферментов при повреждениях приводит к массивному внутреннему кровотечению, шоку, кардиореспираторным нарушениям и гнойно-септическим осложнениям.

Цель исследования. Изучить проблемы диагностики и лечения больных с торакоабдоминальными травмами и определить направления совершенствования хирургической тактики этой патологии.

Результаты исследования. При подозрении на торакоабдоминальных травм необходимые исследования рекомендуют осуществлять непосредственно в условиях операционной. Таким пострадавшим выполняют: рентгенографию органов грудной клетки и органов брюшной полости, торако- и лапароцентез, торако- и лапароскопию проводят по показаниям. Выделяют достоверные критерии торакоабдоминальных травмах: а) Эвентрация органов брюшной полости через рану грудной стенки или пролабирование в плевральную полость; б) Гемопневмоторакс при наличии раны на брюшной стенке; в) Гемо- или пневмоперитонеум при отсутствии раны брюшной стенки. Торакоскопию рекомендуют выполнять при подозрении на продолжающееся кровотечение при стабильной гемодинамике, при неразрешенном пневмотораксе или при сохранении сброса воздуха по дренажу при активной аспирации; лапароскопию рекомендуют при подозрении на повреждение органов брюшной полости без явных признаков. При торакоабдоминальных повреждениях вполне обоснованно выделяю три типа симптомокомплексов: 1) ранения с преобладанием симптомов повреждения

органов грудной полости, 2) ранения с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости, 3) ранения с равномерно выраженными симптомами повреждения органов грудной и брюшной полостей. Клинический опыт показывает, что лапаротомия показана всем раненым с преобладанием симптомов повреждения живота, а также значительной части пациентов с выраженной симптоматикой ранений обеих полостей. В типичных случаях лапаротомия предполагает удаление из брюшной полости патологического экссудата, выявление источника кровотечения и перитонита, остановку внутрибрюшного кровотечения, ушивание ран полых и паренхиматозных органов, дренирование тонкой кишки (по показаниям), санацию брюшной полости и выполнение мероприятий, обеспечивающих ее продленную перфузию в послеоперационном периоде. Абсолютными показаниями к торакотомии следует считать достоверные признаки повреждения сердца и магистральных сосудов: большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард и тампонаду сердца, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных кровеносных сосудов. При достоверных клинико-рентгенологических признаках разрыва трахеи, крупных бронхов также необходима экстренная торакотомия.

Заключение. Объем и вид оперативного вмешательства при травмах торакоабдоминальной области зависит от степени тяжести пациента, повреждений органов и кровопотери. К снижению летальности может привести сокращение времени от получения травмы до доставки в стационар, применение эффективных методов гемостаза и купирование последствий кровопотери.

ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М., Карабоев Б.Б.,
Касимов Н.А.*

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить частоты встречаемости, характер, и структуры торакоабдоминальных травм у взрослого населения Балыкчинского района за 5 летний период с 2017 по 2021 гг.

Материал и методы: Изучили историю болезней и медицинской карты 19 пострадавших с торакоабдоминальными травмами доставленных в субфилиал РНЦЭМП- отделении экстренной медицинской помощи на протяжении 5 лет, с 2017 по 2021 гг. Всем поступившим с торакоабдоминальными травмами определяли тяжесть повреждений по шкале ISS. Для диагностики больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования (ультразвуковое исследование, рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография).

Результаты исследования: Данные и анализы показывают, что в 2017-2021 годах в хирургическое отделение экстренной медицинской помощи находились под наблюдением 92 пострадавших сочетанными травмами, из них – 19 (20,65%) пациентов с торакоабдоминальными повреждениями. В 2017-2018 годах госпитализировано -2, в 2019 и 2020 годах соответственно- 4 и -1, а в 2021 году - 10 больных с. Это показывает, что в 2021 году количество больных было самым высоким. Подавляющее большинство пациентов Балыкчинском отделения экстренной медицинской помощи повреждений грудного и брюшного областа было получено пострадавшими в результате дорожно-транспортными происшествиями, которая составила- 7 (36,8%), больных, падения из высота на второе место – у 6 (31,6%), криминогенные травмы (ножевые и побои)- у 5 (26,4%) и 1 (5,2%) случай торакоабдоминальной травмы в связанные с производственной деятельностью. Среди пострадавших мужчин было 13(68,5%), женщин – 6(31,5%). Среди основных осложнений наиболее часто встречались следующие: кровотечение - 31,15%,

травматический шок - 27,02%, эмболия (жировая и воздушная) - 20,75%, присоединившаяся инфекция-15,24%, травматическая анурия - 0,72%. Из поступивших в стационар умерли -2 (10,5%). Наиболее высокая летальность отмечалась при ДТП несколько ниже – при бытовых травмах и криминальных травмах.

Вывод: Торакоабдоминальная травматизм имеет тенденцию к увеличению. Наиболее частой причиной торакоабдоминальной травмы являлись дорожно-транспортные происшествия и падения из высота.

ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М., Карабоев Б.Б.,
Касимов Н.А.*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на большое число исследований, посвященных проблеме торакоабдоминальных травм, остается еще много нерешенных вопросов. Трудности своевременной диагностики данной патологии обусловлены полисимптомностью клинической картины, тяжестью состояния пострадавших, отсутствием специфических симптомов повреждения диафрагмы, наличием сочетанных повреждений органов грудной и брюшной полостей.

Цель исследования. Анализ современных методик и материалов, используемых при диагностики и хирургического лечения торакоабдоминальных травм.

Материалы и методы. Проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы преимущественно за последние 10 лет, посвященной эпидемиологии, диагностики и хирургического лечения торакоабдоминальных травм.

Результаты. Наиболее частой причиной торакоабдоминальной травмы являлись дорожно-транспортные происшествия, составляя от 40 до 70 % случаев. Высокая летальность (от 11 до 77,6%) в первые часы с момента травмы обусловлена как тяжестью повреждений, так нередко и ошибками в оказании помощи на догоспитальном этапе, в диагностике и хирургической тактике в условиях стационара. Причины травм являются основной причиной смерти и инвалидности у лиц моложе 35 лет. В то время как проникающие ситуации, такие как дорожно-транспортные происшествия, насилие и членовредительство, являются основными причинами травм у людей в возрасте от 25 до 35 лет, этот показатель снижается после 45 лет, и возникают тупые механизмы травм, такие как домашние аварии и падения особенно после 45 лет.

Диагностика торакоабдоминальных травм и характера повреждений внутренних органов при них нередко представляет значительные трудности. Традиционно используемые средства диагностики (физикальный осмотр, лабораторная диагностика, рентгенография и ультразвуковое исследование) позволяют судить о характере торакоабдоминальных повреждений лишь косвенно. А также, таким пострадавшим выполняют: торако- и лапароцентез, торако- и лапароскопию, компьютерную томографию (КТ), МРТ, проводят по показаниям. Применение УЗИ позволяет осуществлять наблюдение за состоянием этих паренхиматозных органов в динамике и вовремя ставить показания к оперативному лечению при увеличении размеров внутриорганной гематомы с угрозой прорыва.

Хирургическая тактика при торакоабдоминальных травмах, основанная на результатах многофакторной оценки тяжести и исходов травматического шока, позволяет определить пострадавших, которым показаны не только реанимационные вмешательства, но и операции корригирующего характера. Лапаротомия показана всем раненым с преобладанием симптомов повреждения живота, а также значительной части пациентов с выраженной симптоматикой ранений обеих полостей. В типичных случаях

лапаротомия предполагает удаление из брюшной полости патологического экссудата, выявление источника кровотечения и перитонита, остановку внутрибрюшного кровотечения, ушивание ран полых и паренхиматозных органов, дренирование тонкой кишки (по показаниям), санацию брюшной полости и выполнение мероприятий, обеспечивающих ее продленную перфузию в послеоперационном периоде.

При торакоабдоминальных травмой лапароскопия и торакоскопия позволяют снизить частоту диагностических ошибок, выполнить вмешательство на органах обеих серозных полостей у 30,2% раненых или один из этапов у 19,3% пациентов. Оптимизированная хирургическая тактика и техника выполнения эндохирургических операций при открытой травме груди, основанная на применении торакоскопии, позволяет улучшить результаты хирургического лечения: снизить летальность на 4,7%, количество осложнений в 2,9 раза и полностью избежать неоправданных «диагностических» торакотомий.

Выводы. Сказанное свидетельствует о том, что совершенствование лечебно-диагностических подходов к пациентам с торакоабдоминальной травмой на сегодня не являются завершёнными.

ТОРАКО-АБДОМИНАЛ ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ЖАРРОХЛИК ТАКТИКАСИ.

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х.,
Яхъев С.М. Карабоев Б.Б.,
Касимов Н.А.*

Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Инсон танасининг кўкрак қафаси ва қорин сохаларида асосий ҳаётий муҳим органларнинг, асосий қон-томирларнинг мавжудлиги, анатомик тузилишининг ўзига хослиги, шикастланганда кўп миқдорда ички қон кетишига, шокга ва септик жараёнларга олиб келиши натижасида беморларнинг умумий ҳолатини жиддийлашишига ва ўлим кўрсаткичини ортишига сабаб бўлмоқда. Торакоабдоминал травмаларни диагностикаси ва даволаш хирургиянинг асосий муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади. Торакоабдоминал шикастланишлаган беморларнинг диагностикаси ва даволаш муаммоларни таҳлил қилиш ва жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш.

Материаллар ва усуллар. Сўнгги 5 йиллик хорижий ва маҳаллий адабиётлардан фойдаланиб, торакоабдоминал шикастланган беморларни ташхислаш ва даволашнинг заманавий ва анъанавий усуллари бўйича таҳлили ўтказилди ва жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш йўналишларини куриб чиқилди.

Натижалар. Ҳозирги вақтда торакоабдоминал жароҳатларнинг частотаси кўкрак қафаси ва қорин жароҳатлари умумий сонининг 13,7-16,4% ни ташкил қилади. Беморларнинг асосий қисми меҳнатга лаёқатли ёшдаги эркак беморлар бўлиб, ўртача 27,5-34,8 ёш (71,2%). Умумий ҳисобда беморларнинг - 29% автохалокатлар натижасида шифохонага госпитализатсия қилинган. Торакоабдоминал жароҳатларда ўлим даражаси 3,13 дан 20% гача ташкил қилмоқда. Торакоабдоминал травмада ўлимнинг асосий сабаблари ўткир қон йўқотиш, шок, перитонит ва респиратор дистресс синдромидир. Торакоабдоминал жароҳатларда операциядан кейинги асоратлар беморларнинг 14,9-53% да учрайди. Ушбу патологияни ўз вақтида ташхислашдаги қийинчиликлар клиник кўринишининг полисимптоматик табиати, жабрланганларнинг аҳволининг оғирлиги, диафрагма шикастланишининг ўзига хос белгиларининг йўқлиги ва кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларнинг комбинатсияланган шикастланишлари билан боғлиқ. Ҳозирги вақтда жарроҳларнинг аксарият қисми эндовидеожарроҳлик

усуллари торакоабдоминал травмаларни ташхислаш ва даволашда муҳим ўрин тутди, деб ҳисобламоқда. Адабиётларга кўра торакоабдоминал шикастланишларда видеоторакоскопия ва видеолапароскопиянинг юқори диагностик аҳамияти, лараротомия ва торакотомия оператсияларга оқилона алтернатив сифатида минимал инвазив тиббий манипуляцияларни амалга ошириш учун кенг фойдаланиш зарурати кўрсатилган. Торакоабдоминал травма билан оғриган беморларга хирургик ёндашувларни такомиллаштириш бугунги кунда тугалланмаган.

Хулоса. Тадқиқотчилар торакоабдоминал жароҳати бўлган беморларни даволаш жараёнида юзага келадиган турли хил клиник вазиятларга нисбатан классик ва минимал инвазив ташрихларнинг оптимал комбинатсиясини излашда давом этмоқдалар.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.,
Яхёев С.М.*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Острый холецистит – воспаление желчного пузыря, характеризующееся внезапно возникающим нарушением движения желчи в результате блокады ее оттока. В подавляющем большинстве случаев (85-95%) развитие острого холецистита сочетано с конкрементами (камнями), более чем у половины (60%) пациентов определяется бактериальное заражение желчи (кишечные палочки, кокки, сальмонеллы и т.п.). При остром холецистите симптоматика возникает единожды, развивается и, при адекватном лечении, стихает, не оставляя выраженных последствий. Возможно развитие патологической деструкции стенок желчного пузыря и с перфорацией развитием перитонита.

Цель работы - изучить новых данных по диагностике и лечению пациентов с острым обтурационным калькулезным холециститом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились в лечении 58 больных с перфорацией желчного пузыря за 5 лет. Из общего числа больных мужчин – 23, женщин – 25 больных, средний возраст которых составил – 35 лет.

Результаты. На основании наблюдения установлено, что перфоративный холецистит имеет место у 2,9% больных с различными формами воспаления желчного пузыря (n=58 из 1986). Частота атипичных клинических форм перфорации желчного пузыря, таких как множественная и сочетанная перфорация, прободение с явлениями острой кишечной непроходимости и внутрибрюшным кровотечением, составляет 10% (n= 6 из 58). Общая летальность при атипичных клинических формах составила 4% (умерли 2 из 58).

Вывод. При атипичных клинических формах перфорации желчного пузыря существенным образом меняется общепринятая тактика лечения острого холецистита за счет необходимости выполнения экстренных оперативных вмешательств. При этом возможности видеоэндохирургических методов лечения несколько ограничены по сравнению с таковыми при других формах воспаления желчного пузыря и могут быть использованы у трети пациентов.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ
ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО
УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА**

*Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.,
Минаваров Н.Ю*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества на основе специальных видов сырья и технологий, позволяющих улучшить качество удаления токсических метаболитов и снизить риск развития или прогрессирования заболевания.

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрижелудочном введении 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, отделения 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.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях по созданию способов моделирования регулируемой обтурации общего желчного протока при лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи.

Цель исследования. Усовершенствовать способ моделирования регулируемой обтурации общего желчного протока для формирования экспериментальной модели механической желтухи.

Материал и методы. Экспериментальные исследования проведены на 16 беспородных собак в ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова с моделированием регулируемой обтурации общего желчного протока для экспериментальной модели механической желтухи.

Результаты исследования. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по разработанной нами авторской методике. Способ осуществляли следующим образом: беспородным собакам под в/в наркозом производили лапаротомию выделяли общий желчный проток на расстоянии 1,0-1,5 см, подводили под выделенный проток сосудистый тефлоновый протез диаметром 10-12 мм и длиной 5-10 мм, продольно рассеченный по всей длине, далее фиксировали протез поверх протока сшиванием рассеченной части протеза 3-4 узловыми швами. Далее между ОЖП и сосудистым протезам вводили баллонную часть катетера Фогарти, широкий диаметр протеза обеспечивало свободное проведения в просвет протеза с проходящем ОЖП баллона катетера Фогарти. Дистальную часть катетера Фогарти выводили через контрапертуру, послойно ушивали брюшную полость животного. Далее при раздувании баллона катетера Фогарти происходило компрессия общего желчного протока. В зависимости от объема раздувания моделировалось степень сужения просвета ОЖП и механической желтухи различной интенсивности.

Заключения. Таким образом, разработанный способ позволяет моделировать механическую желтуху различной степени тяжести и регулировать степень обтурации, при этом удается избежать перевязки желчного протока. Способ позволяет корректировать степень холестаза, не приводит к повреждению внепеченочного билиарного тракта и не требует в повторной операции. Животным для восстановления желчеоттока. Предполагаемый способ моделирования механической желтухи в эксперименте позволяет создать адекватную модель механической желтухи, которая позволяет провести клинико-биохимические исследования возникших при этом нарушений гемостаза и оценить эффективность коррекции функции печени.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

*Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям-безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования. Изучить местно-раздражающее и кожно-резорбтивное действие отечественного углеродного сорбента в эксперименте.

Материал и методы. Исследования кожно-резорбтивного действия препарата проводили на 6 белых крысах с массой тела 190-200 гр., которых фиксировали в специальных станках, хвосты животных погружали в пробирки с исследуемым препаратом на 2/3 длины хвоста. Пробирки помещали в водяную баню с температурой 28-32° С. Время экспозиции 4 часа. После окончания эксперимента кожу хвостов обмывали теплой водой с мылом. За животными проводили наблюдение в течение 3-х недель.

Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела.

Изучение местно-раздражающего действия на кожу. Исследования проведены на 6 белых крысах-самцах с массой тела 200-230 грамм и 5 кроликах-альбиносах с массой тела от 2,0 до 2,5 кг. На выстриженный участок кожи животных площадью 15x10 см аппликацию исследуемого вещества в виде геля наносили на участок размером 2x2 см, по обоим бокам, сверху покрывали 4-слойной салфеткой и перевязывали. Контролем служили выстриженные участки, на которые наносили дистиллированную воду в том же объеме. Животных фиксировали в течении 4-х часов. Реакция кожи регистрировалась по окончании экспозиции через 1 и 16 часов после аппликации.

Результаты. Проведенные исследования показали, что за время наблюдения 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено животные оставались активным, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители. При однократном нанесении на кожу белых крыс на выстриженный участок исследуемого вещества установлено, что углеродный нанопористый гемосорбент не вызывает раздражения кожных покровов, покраснения, отека или других видимых изменений на коже.

Заключения. Таким образом, углеродный нанопористый гемосорбент не обладает местно-раздражающим и кожно-резорбтивным воздействием.

ОЦЕНИТЬ ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА

*Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучить токсичность при внутрибрюшинном введении углеродного нанопористого сорбента.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых лабораторных крысах породы «Вистар», которые осуществлялись на базе ГУ «РСНПМЦХ» имени акад. В.Вахидова отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Острую токсичность при внутрибрюшинном введении препарата изучали на 30 белых крысах самцах массой тела 200-240 г. Стерильный сорбент углеродного нанопористого гемосорбента животным вводили внутрибрюшинно в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг. Наблюдение за животным проводилось в течение 14 суток. Животных разделили на 5 групп по 6 особей в каждой. Для определения параметров острой токсичности был использован метод Литчфилда и Уилкоксона.

Результаты исследования. Экспериментальные исследования показали, что при однократном внутрибрюшинном введении препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500 и 7000 мг/кг через 24 часа у крыс отмечены признаки угнетения центральной нервной системы, отказ от корма и воды. В 1 группе животных, получавших дозу 5000 мг/кг, отсутствовали признаки интоксикации. К исходу 2-х суток во 2 группе после введения дозы 5500 мг/кг отмечена гибель одной крысы из шести, в 3-ей и 4-ой группах (дозы 6000 и 6500 мг/кг соответственно) погибли по две, а в 5-ой группе (дозы 7000 мг/кг) погибли четыре. По результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении летальной дозы (50% подопытных животных) углеродного нанопористого гемосорбента составило 6654,0 (6005,8+7302,2) мг/кг.

Заключение. Таким образом, летальная доза подопытных животных по результатам острой токсичности при внутрибрюшинном введении установлено на уровне 6654,0 мг/кг и препарат относится к 4 классу опасности-практически нетоксичным веществам.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ
ГРЛОВНОГО МОЗГА.

*Худайбердиев К.Т, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Баратов Ш.Б.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Актуальность. Опухоли головного мозга относятся к одной из тяжелых патологий ЦНС и встречаются в 1,6 – 3,0 % случаях. По данным литературы первичные глиальные опухоли полушарий головного мозга составляют от 30,5 % до 56,7 % среди всех опухолей ЦНС. Вопросы хирургического лечения глиальных опухолей являются одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Биологические свойства опухолей определяют лечебную тактику и способы хирургического лечения данной категории больных. С введением в практическую медицину новых технологий в настоящее время проводится комплексное лечение, включающее хирургические способы удаления опухолей с последующей химио и рентгено-лучевой терапией.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения глиальных опухолей полушарий головного мозга.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП проведено обследование и хирургическое лечение 47 больных с глиальными опухолями полушарий головного мозга. Возраст больных от 25 до 65 лет. Среди обследованных больных мужчин – 19 (40,4 %), женщин – 28 (59,6 %) больных.

В дооперационном периоде всем больным проведено МСКТ и МРТ исследование головного мозга. По результатам проведенных исследований правополушарное расположение опухоли отмечено у 18 (38,3 %) и у 29 (61,7 %) больных левополушарное расположение. По локализации: в лобной доле – 2 (4,2 %), височной – 18 (38,3 %), теменной – 21 (44,6 %) и затылочной – 6 (12,7 %) случаев. Размеры опухолей от 2,0 см до 5,5 см.

Показаниями к хирургическим методам лечения служили прогрессирование неврологической симптоматики, выраженный отек головного мозга с признаками дислокации. В стационар 31 (65,9 %) больной поступили в состоянии компенсации, 11 (23,4 %) больных в состоянии субкомпенсации и 3 (6,3 %) больных декомпенсации. По виду радикальности проведенных оперативных вмешательств: полное тотальное удаление опухоли – 27 (57,4 %) больных, субтотальное удаление – 16 (34,0 %) и биопсия – 2 (4,2 %) больных. В дооперационном периоде с целью уменьшения отека головного мозга проводили дегидратационную терапию.

Результаты. По гистологическому строению выявлена у 28 (59,5 %) – менингиома, у 13 (27,6 %) – астроцитомы и у 4 (8,4 %) – глиобластома. По результатам проведенных оперативных вмешательств в ближайшем послеоперационном периоде у 53,7 % больных отмечен регресс неврологической симптоматики. Результаты лечения показали, что состояние больных до операции (стадия компенсации) оказывает значительное влияние на течение послеоперационного периода. Хорошие клинические результаты получены у 34 (72,3 %) больных, удовлетворительные у 9 (19,1 %) и неудовлетворительные у 2 (4,2 %).

Выводы. 1. Исход хирургического лечения больных с опухолями головного мозга зависит от стадии течения заболевания (компенсация, субкомпенсация и декомпенсация).

2. Глубина расположения и гистологическое строение опухоли так же оказывают значительное влияние на дальнейшее течение заболевания.

3. Целесообразным является применение высокотехнологического оборудования и микрохирургического инструментария.

БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСОТИДА ЗАМОНАВИЙ
ЛАБОРАТОР УСУЛЛАРИНИНГ ЎРНИ

*Худойдодова С.Г., Зайниддинова М.Б.
Бухоро давлат тиббиёт институти*

Сурункали бруцеллезда патологик жараённинг ривожланиши суяк-бўғин, юрак-қон томир, асаб, сийдик, эндокрин тизимлар, жинсий безлар билан боғлиқ бўлиб, кўплаб органларнинг шикастланиши, шунингдек, гомеостазининг энг муҳим бўғинларидаги-иммун тизими, гемостаз, реология, микроциркуляция бузилишлар билан тавсифланади.

Бруцеллезнинг ўзига хос кечиши, инфекциянинг сурункали шаклга ўтиши, ҳамда касалланиш асосан меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида учраши, узоқ муддат меҳнат қобилиятини йўқотилиши ва ногиронликга олиб келиши бруцеллез муаммосининг ижтимоий-иқтисодий аҳамиятини белгилайди

Бруцеллез касаллигининг долзарблиги, унинг клиник кечишининг мураккаблиги, кўпроқ сурункали шаклга ўтишга мойиллиги, турли орган ва системаларнинг шу жумладан: таянч-ҳаракат, нерв системаси, жинсий системанинг асоратланиши билан характерланади. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги ва тиббиёт ходимларни бруцеллезга қарши қилаётган чора-тадбирларга қарамадан бруцеллез билан касалланиш кузатилмоқда

Тадқиқот мақсади. Бруцеллез касаллигининг сурункали шакли лаборатор ташхисотида иммуноферментатив таҳлил натижаларини ўрганиш асосида касалликнинг ташхиси ва прогнозини такомиллаштириш. Лаборатор текширувларга қадар эпидемиологик анамнез, касаллик ривожланиши тарихи ва касаллик даврларида клиник белгиларнинг турлича бўлишини ҳисобга олиб чуқур таҳлил қилиниб, бруцеллез клиник белгиларининг турли-туманлиги туфайли қатор ҳолатларда қиёсий ташхисотга имкон бермайди, шу сабабли тез ва ишончли лаборатор усулларини тадбиқ қилиниб, таҳлил қилинди. Бруцеллез касаллигида бемор қонидан бруцеллаларни ажратиш олиш ташхисотнинг “олтин стандарти” ҳисобланади, бироқ баъзан, айниқса сурункали шаклларда бунинг имконияти бўлмайди, шу сабабли лаборатор ташхисотда серологик иммунофермент анализ усули аҳамиятини ўрганилди.

Тадқиқот объекти ва предмети: Қўйилган мақсадга эришиш учун бруцеллез касаллигининг клиник ва лаборатор хусусиятини аниқлаш мақсадида ҳар хил ёшдаги 90 нафар сурункали бруцеллез билан касалланган бемор ўрганилди. Бруцеллез билан касалланган беморларни эпидемиологик анамнез, касаллик ривожланиши тарихи ва касаллик даврларига мувофиқ клиник ўрганилди.

Бруцеллез ташхисотида серологик тестлар Райт реакцияси, агглютинациянинг пластинали реакцияси (Хеддльсон реакцияси) ва IgM, IgG антитаначалар титрини иммуноферментатив таҳлил усулида ўрганилди.

Натижалар: Бруцеллез билан касалланган беморларнинг асосий қисми фермер-хизматчилар (52,4%) ва ветеринарлар (30,9%) ташкил қилди; кўпроқ эркаклар (54,5%) касалланганлиги кузатилди.

Сурункали ва резидуал бруцеллезнинг клиник белгиларининг учраши: умумий ҳолсизлик-93,4% : 82,4%, терлаш-93% : 40,5%, субфебрилитет-31,7% : 21,6%, неврологик симптомлар-73,6% : 98,6%, катта бўғимларда оғриқ-100% : 92%, кичик бўғимларда оғриқ-49,1% : 83,8%, умуртқа поғонада оғриқ-33,5% : 39,2%, деформация бўғимларда-29,3% : 52,7%, бўғимларда шиш-7,2% : 6,8%, бўғимларда R-ўзгариш-33,5% : 51,4%, гепатоспелепомегалия-16,8% : 12,2%

Клиник белгиларнинг диагностик баҳолаш шуни кўрсатдики, бруцеллез сурункали ва резидуал кечимига нисбати бўйича терлаш (2,3) кўп, ҳолсизлик (1,1) кўп

неврологик аломатлар сезиларли даражада камайган. (0,7) кам, юрак-қон томир тизимининг дисфункцияси (0,7) кам, кичик бўғимларнинг шикастланиши (0,6), бўғимлардаги рентгенологик ўзгаришлар (0,6).

Назоратдаги беморлар лаборатор серологик текширувида Райта ва Хеддельсон реакциялари касаллик клиник вариантларида сурункали кечимида Райт реакцияси +/++ -51,5%, резидуал шаклида -9,4%, Хеддельсон реакцияси +/++ сурункали шаклида -50,3%, резидуал шаклида -13,5% беморларда натижа кузатилди.

Сурункали ва резидуал бруцеллез касаллигида ИФА усулини ташхисот таҳлил қилинганда қуйидаги, сурункали бруцеллез билан касалланган 78% беморларда мусбат, резидуал шаклида 19,7% мусбат, сурункали бруцеллез билан касалланган 22% беморларда манфий, резидуал шаклида 80,3% беморларда манфий натижа кузатилди.

Сурункали бруцеллез давомийлиги чўзилиши билан Райта ва Хеддельсон реакцияларида специфик антителалар концентрацияси пасайиши кузатилди. Сурункали бруцеллез ташхисотида ИФА спецификлиги 62,8% ташкил этиб, 1,8 марта кўп резидуал шаклига нисбатан натижа берди. Бруцеллез сурункали ва резидуал шакллари ташхисоти клиник белгилар мажмуаси ва мунтазам қўлланадиган ташхисот усуллари (Райт ва Хеддельсон р.) асосида ўтказилиб, фарқлаш имконияти чегаралангандир. Сурункали бруцеллезда ИФА текшируви мусбат натижалари резидуал бруцеллезга нисбатан юқори бўлганлиги сабабли, бруцеллез касаллиги клиник шакллари ташхисотида ИФА усулини қўллаш тавсия этилади.

«КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ»

Хусанбаев Хасанжон Шавкатович

Самостоятельный соискатель Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза

Юсунов Азамат Фархадович

директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза, д.м.н., с.н.с.

Актуальность.Регматогенная отслойка сетчатки (РОС) - наиболее распространенный тип отслойки сетчатки, встречающийся у 1 из 10 000 человек в год. На сегодняшний день существуют, несколько общепринятых методов лечения РОС, такие как: склеральное пломбирование, витрэктомия, пневморетинопексия. Несмотря на относительно хорошие анатомо-функциональные результаты, в хирургии отслойки сетчатки частота рецидивов варьирует от 6 до 38%. Основной причиной неудач является пролиферативная витреоретинопатия (передняя и задняя), незаблокированные скрытые ретинальные разрывы. Витрэктомия подразумевает полное насколько это возможно, удаление стекловидного тела из полости глаза. Так, что тщательная «чистка» основания стекловидного тела в ходе хирургии РОС является обязательной процедурой и служит одним из основных залогов успеха лечения. В последнее время были описаны несколько работ по удалению остатков стекловидного тела в воздушной среде. Также, нет единого мнения о целесообразности применения 360 эндолазерной ретинопексии в ходе хирургии РОС, хотя данными многих авторов доказана безопасность и сопоставимость метода в сравнении со стандартной локальной эндолазеркоагуляцией зоны разрыва.

Цель - Оценить клинико – функциональную эффективность комбинированного метода лечения регматогенной отслойки сетчатки.

Материал и методыДля этого ретроспективного исследования были отобраны пациенты с регматогенной отслойкой сетчатки, прооперированные в период 2020 - 2022 года в РСНПМЦМГ. В контрольную группу вошли 30 пациентов с

периферической витрэктомией под жидкостью (BSS) с лазерным ограничением ретинального разрыва. В группу исследования 30 пациентов с периферической витрэктомией под воздухом в комбинации с 360° лазерной ретинопексией.

Группы сравнивали по предоперационной остроте зрения, длительности отслойки сетчатки, наличием пролиферативной витреоретинопатии, состоянием макулы, количеством разрывов сетчатки, состоянием хрусталика (факичный/артифакичный), послеоперационной остроте зрения и рецидивам отслойки сетчатки. Также оценивали частоту интраоперационных ятрогенных разрывов сетчатки, произошедших во время периферической витрэктомии.

Хирургическая техника. В контрольной группе периферическую витрэктомию производили с помощью склерокомпрессии в режиме «shave», при отсутствии ассистента с использованием световода-люстры (chandelier endoillumination), в конце ограничивали разрыв эндолазером. В исследуемой группе периферическую витрэктомию производили после обмена жидкость-воздух, на воздушной среде с параметрами: 7500 рез/мин, инфузия 35 mmHg, вакуум 400 mmHg. После очистки, периферию прижигали эндолазером на 360°. В обеих группах для тампонады использовалось силиконовое масло Oxane 5700 (Bausch&Lomb, USA).

Результаты и обсуждение. После получения результатов, группы сравнили между собой по остроте зрения, ятрогенных разрывов во время периферической витрэктомии, а также рецидивам отслойки сетчатки (Таб.2).. В группе с воздухом в одном случае во время хирургии обнаружили ятрогенный разрыв, который мы связали с увеличением вакуума до 500 mmHg и снижением резов до 6000 рез/мин. В группе с жидкостью 3 случая касания периферии сетчатки с возникновением разрыва при витрэктомии в режиме «shave», из за очень близкой работы и высокой подвижности сетчатки. По остроте зрения через 3-6 месяцев статистически значимых различий нет. В период наблюдения рецидив отслойки сетчатки в группе с воздухом ни в одном случае обнаружен не был. Тогда как в контрольной группе произошло 2 рецидива, один из за необработанного лазером, возможно скрытого разрыва сетчатки. Второй вследствие передней ПВР и разблокировки основного разрыва на артифакичном глазу.

Вывод. Преимуществом витрэктомии в воздушной среде является больший обзор периферии сетчатки во время хирургии. Что во многих случаях не требует дополнительной склерокомпрессии для лучшей визуализации, делая процедуру более комфортной как для хирурга, так и для пациента. В большинстве случаев операции проводились под местной анестезией. Также остаточное стекло между средами ткань-воздух очень хорошо идентифицируется. Воздух прижимая сетчатку своим натяжением исключает ее подвижность, при этом витрэктомия при выработанных параметрах и технике выполнения становится более безопасной, в плане возникновения ятрогенных разрывов. 360° эндолазерная коагуляция является профилактической процедурой для предотвращения рецидивов отслойки сетчатки. Учитывая небольшое количество и относительно небольшой срок наблюдений, требуется дальнейшее клиническое исследование методики.

ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ДИАФРАГМАЛ ТЕШИГИ ЧУРРАСИНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШ

Ҳайитов А.А. Ҳайитов А.Қ

“Ўтан Полвон “Диагностика-даволаш хусусий клиник шифохонаси.

Қизилўнгах диафрагмал чурраси билан беморлар жуда кўп ҳолларда гастроэнтеролог врачда даволанишади. Беморларни тўлиқ текширувлардан ўтказилгах яъни ЭГДФС, Рентгенконтраст текшируви, МРТ дан сўнг ташхис тасдиқланади.

Мақсад. Диафрагмал чурраларни кам инвазив усуллар билан даволаб кам харажат, стационарда кам ётиши ва яшаш ҳаёт сифатини яхшилаш ҳамда иш қобилятини тўлиқ тиклаш.

Материал ва усуллар. “ Ўтан – Полвон” диагностика ва даволаш хусусий шифохонасида 2020-2021 йиллар давомида 15 та беморга диафрагмал чурраларнинг хар хил формалари буйича жарроҳлик амалиёти ўтказилиб даволанган. Шундан 10 та беморга қизилўнгач аксиал чурраси буйича лапароскопик крурорафия жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Аксиал чурралардан 8 таси аёл (80%) ва 2 та эркак (20%). Ёшлари буйича 30-40 ёшда 3та, 40-60 ёш 5 та ва 60 ёшдан юқори 2 та беморда жарроҳлик муолажаси ўтказилган. Беморларнинг асосий шикоятлари; жиғилдон қайнаши, эпигастрал соҳада энгашиган пайти оғриқ, кўкрак кукс соҳасида оғирлик, баъзан ҳикичоқ тутиши.

Натижалар: Ҳамма беморлар стандарт текширувлардан ўтказилиб, аксиал чурраларга лапароскопик крурорафия жарроҳлик муолажаси ўтказилди. Симултант операциялар 2 та беморга крурорафия ва холецистэктомия ва 1 та беморга тухумдонлар кистаси билан, ҳамда 1 та беморда диагностик лапароскопия текшируви жараёнида диафрагма травматик йиртилиши ташхисланди ва лапаротомияга олинди. Ушбу беморда 2- куни экзитус кўзатилди. Операциядан сўнгги ташхис: Диафрагма травматик йиртилиши ва ингичка ичаклар экзофит ўсмаси, бел умуртқалари силли спондилити. Диафрагма чурраси тикилди ва ичак резекцияси қилиниб, қорин бўшлиғи чандиқлари ажратилди ҳамда қорин олд девори вентрал чурраси бартароф қилинган. Ўлим сабаби: Ўткир юрак қон –томир етишмовчилиги, ўпка артериялари тромбоэмболияси, ўткир нафас етишмовчилиги.

Хулоса: Жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларнинг ўртача ётиш куни 5 кунни ташкил қилди, шикоятлари йўқ, умумий аҳволи ижобий томонга ўзгарди. Лапароскопик крурорафия қилишда беморларни индивидуал танлаш жарроҳлик муолажасининг самарадорлигини оширади

БИР БЕМОРДА ИККИТА АППЕНДЕЦИТ УЧРАШИ

*Ҳайитов А.Қ Сурхондарё ВКТТМ. Ҳайитов А.А
РШТЁИМ Сф. Термиз.*

Абдоминал хирургияда бўладиган жарроҳлик муоалажалари орасида аппендэктомия биринчи ўринда туради.. Аппендэктомиядан сўнгги асоратлар 7,2% дан 37,3% гача Т.Ф Брякиной 10% (1967), Л.В.Прокопова 37,3% (973), К.Д.Тоскин 7,2% (1980), летал натижа эса 0,2 % гача ташкил этади.

Адабиётларда чувалчангсимон ўсимтанинг анамолияси яъни иккита аппендецит тубуляр формаси ҳақида берилган (Г.А.Баиров 1968). Хирургия журналларида ҳам иккита аппендецит чоп этилганини ўқиганмиз. Бизнинг вилоят шифохонамизда архив материалларни кўриб чиққанимизда бирорта ҳам иккита чувалчангсимон ўсимта аниқланганини тополмадик. Биз Сурхондарё вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2017 йил март ойида операция пайти бир беморда иккита чувалчангсимон ўсимта борлигини кўрдик.

Бемор Тожиев Нарзулло 1987 йил туғилган Музробод тумани Алпомиш маҳалласи. 11.03.2017 йил. ВКТТМ абдоминал хирургия бўлимига олиб келинган. Бемор ўзини уч кундан буён касал ҳисоблайди. Бемор қоринда оғриқ туфайли яшаш жойида амбулатор кейинчалик стационар даволанган, умумий аҳволи оғирлашгач, шифохонамизга мурожаат қилган. Бемор текшириб кўрилганда гиперстеник тана тузилишида. Қорни нафас олишда юзаки қатнашади, пайпасланганда бутун қоринда оғриқ , қорин парда яллиғланиш симптомлари ижобий, тили курук. Пульс 100 марта 1 мин. Лейкоцитоз 8400. УЗИ- ичаклар пневматози ва ичаклар орасида 150,0 суюқлик.

Қорин бўшлиғи Рентгенографияси Клойбер косачалари аниқланмади. Беморга ўткир аппендецит, аппендикуляр перитонит ташхиси қўйилди, 11.03.2017 йил умумий оғриқсизлантириш йўли билан лапаротомия қилинди, тафтиш қилинганда қорин бўшлиғидан қуланса ҳидли йиринг чиқди, антисептик билан ювилди ва тозаланиб тафтиш қилинганда чувалчангсимон ўсимта гангреноз тешилганлиги аниқланди, аппендэктомия қилинди ва чултоғи кўричакка киритилди устидан “ЗЕТ” чок ва ичак тутқичи билан перитонизация қилинди. Тафтиш давом этирилганда кўричак медиал қисми бауген бурчагига яқин жойда иккинчи чувалчангсимон ўсимта флегмоноз ўзгарган, фибрин билан қоплангани аниқланди, аппендэктомия қилиниб чултоғи кўричакка киритилди ва серо-сероз чок қуйилди. Қорин бўшлиғи дренаж найчаланди. Операция жараёни видеотасвирга олинди. Беморнинг жароҳати бирламчи битди 20.03.2017 йил 10- кун қониқарли аҳволда жавоб берилди.

Тажрибалардан келиб чиқиб маълум бўлишича лапаротомия жараёнида қорин бўшлиғи аъзоларини тўлиқ тафтиш қилиш, юқоридаги каби казуистик, жуда кам учрайдиган патологияларини қолдириб кетмасликларининг олдини олишдан иборат.

**КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ
СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ИНДИВИДУАЛ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН
ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ**

*Ҳолиқов Ш., Норов А.У
Андижон давлат тиббиёт институти
Бухоро Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази*

Мавзунинг долзарблиги. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни жарроҳлик йўли билан даволаш биомеханик қонуниятларга асосланганлиги аниқланган.

Кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларни жарроҳлик усули билан даволаш кенг тарқалган, чунки бу бел оғриғини тез, аниқ ва узоқ муддат бартараф этишга ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради [Blasco J., 2012]. Жарроҳлик аралашуви даволаниши қийин бўлган оғриқлар, ўтказилган консерватив даволанишни самарасизлиги, неврологик етишмовчиликлар борлиги ва бу белгиларни ривожланиб бориши, шунингдек умуртқа поғонасида оғир даражадаги деформациялар мавжуд бўлганда амалга оширилади [Bornemann R., 2014; Goldstein CL, 2015].

Агар орқанги суяк-лигаментли комплекс ва фасет бўғим капсулалари бузилмаган бўлса, синишлар механик жиҳатдан барқарор ҳисобланади ва оператив давони талаб қилмайди. 50% дан ортиқ компрессия ва 25% дан ортиқ кифоз юзага келган бўлса, суяк-лигамент тизимида ўзгариш бўлса. бунда барқарорликни таъминлаш муҳим аҳамиятга эгадир [Dai L.Y., 2007]. Умуман олганда, умуртқа поғонасининг асоратли компрессион синишларини консерватив даволаш ва операциянинг кечроқ бажаришга нисбатан эрта жарроҳлик декомпрессияси ва стабилизациясини [Дулаев А.К., 2010; Ермолов А.С., 2003; Furlan J.C., 2011] амалга ошириш яхши натижаларга олиб келиши исботланган.

Турли муаллифлар берган маълумотларга кўра, 50 ёшдан ошган инсонларда умуртқа поғонасининг синишларининг учраш частотаси 7,5% дан 25% гачани ташкил этади [Белосельский Н. Н. 2000; Тропцова Н.В., Беневоленская Л.И. с соавт. 2007; Melton L.J. III et al., 1993; Ettinger V. et al., 1992].

АҚШда ўтказилган кўп марказли текширувларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишлар кейин қуйидаги асоратлар ва ҳамроҳ касалликлар юқори миқдорда учраши кузатилди: пастки тугалликларни чуқур веналари тромбози (0,7 дан 6,6% гача), ТЭЛО (0,4 – 1,9%), пневмония (3,1 – 13,0%), юрак касалликлари

асоратлари (0,4 – 0,5%), олма яралар (1,1 – 4,4%) ва инфекция асоратлар (0,1 – 0,15%) келиб чиққан.

Ўтказилган жарроҳлик усулидан кейин компрессион синишларнинг қайта юзага келиши ва ўрнатилган тпф мосламасини миграцияланиб кетиши каби асоратлар юзага келмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади. Катта ва кексаларда умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларини диагностикаси ва хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқотда Республика ихтисослашган Нейрохирургия илмий – амалий маркази спинал хирургия бўлимида ва АДТИ клиникаси нейрохирургия ва вертебрология бўлимларида 2019-2021 йиллар давомида жарроҳлик усули билан даволанган 45 нафар беморлар иштирок этган.

Тадқиқотда беморларга клиник ташхис қўйиш ва дифференциаллашган жарроҳлик йўлини танлаш учун қуйидаги текширув усуллари фойдаланилди: беморларнинг шикояти ва анамнези, неврологик статусни баҳолаш, шикастланган соҳаларнинг 2 хил кўринишдаги (тўғридан ва ёнбошдан) рентгенологик текширувлар, денситометрия, КТ, МСКТ ва МРТ текширув усуллари.

Тадқиқот натижалари. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларнинг жарроҳлик усули билан даволашда бир қатор қийинчиликлар мавжуд. Бунинг сабаби бу беморларда умуртқа танасининг минерал зичлиги камлиги ва ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги билан тушунтирилди.

Беморларда ўтказилган рентгенография, денситометрия, КТ ёки МСКТ ва МРТ текшируви кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишнинг ҳарактерини аниқлаш, беморларда остеопороз касаллиги белгилари, шикастланган соҳада нотурғунлик синдроми мавжудлиги, орқа мия каналининг компрессия учраган умуртқа танаси ҳисобига стеноз белгилари ва ҳамроҳ касалликларнинг оғирлик даражасига эътибор бериш керак бўлади.

Олинган натижаларга асосланган ҳолда, беморларда агар умуртқа танаси деформация даражаси 50% дан ошмаган бўлса, умуртқа танасининг минерал зичлиги нормада бўлса ва нотурғунлик синдроми ривожланмаган бўлса вертебропластика бажарилди, нотурғунлик синдроми ривожланган бўлса ТПФ мосламаси ўрнатилди. Агарда беморда умуртқа танасининг минерал зичлиги камайган ва нотурғунлик синдроми ривожланган бўлса комбинациялашган усул, яъни вертебропластика ва ТПФ мосламасини бирга ўрнатиш тавсия этилди.

Хулоса. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни традицион ва замонавий нейровизуализацион текширув усуллари (рентгенография, денситометрия, КТ ва МРТ) асосланиб индивидуал дифференциаллашган жарроҳлик усули (вертебропластика, ТПФ мослама ўрнатиш ва комбинациялашган (вертебропластика +ТПФ мосламаси ўрнатиш) усуллар) билан даволаш мақсадга мувофиқдир.

КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЮЗАГА КЕЛГАН АСОРАТЛАР ТАҲЛИЛИ

Ҳолиқов Ш., Норов А.У

Андижон давлат тиббиёт институти

Бухоро Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

Мавзунинг долзарблиги. Умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасида юзага келган компрессион синишлар умуртқа поғонаси таналарида юзага келадиган

синишлар ичида сезиларли ўринни эгаллайди. Касаллик узоқ вақт даволанишга зарурият борлиги, касбий меҳнатга лаёқатлик даражасини камайиши ва юқори даражада бирламчи ногиронлик ҳавфини келтириб чиқариши билан муҳим аҳамият касб этади.

Цивьян Я. Л. ва Фейгин Л. Е. ўтказган текширув хулосаларга кўра биринчи ва иккинчи гуруҳ ногирони бўлган беморларни 89,8% олдин умуртқа поғонасидан шикастланиш сабабли юзага келган асоратлардан кейин ривожланган бўлади. Бу беморларнинг кўп қисми 44 ёшгача бўлган инсонларда, 45-59 ёшдаги беморларда 30,5% га тўғри келади, 59 ёшдан катталарда 1,9% нинг ташкил этади. Кўкрак ва бел соҳаси умуртқалари шикастланган беморларни консерватив ёки жаррохлик усули билан даволашни танлаш турли баҳс – мунозараларга сабаб бўлмоқда.

Кўкрак ва бел умуртқаси шикастланган беморларда ҳаракат сегментларининг жаррохлик йўли билан стабилизациялаш биомеханик қонуниятларга асосланганлиги аниқланган.

Мутахассислар доирасида ҳозирги кунда катта ёшли беморларнинг умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳаси компрессион синишларини даволаш усулини танлашда турлича ёндашувлар ва қарама қаршилиқлар мавжуд бўлиб, бунга даволаш усулини мувофиқлашмаганлиги сабаб бўлмоқда (Дулаев А.К., Орлов В.П., Дадькин А.В. 2002; Педаченко Е.Г., Куцаев С.В. 2005; Кавалерский Г.М. с соавт. 2006;).

Бу турдаги патологик ҳолатни жаррохлик усули билан даволашда асосан, синган умуртқалар танасини вертебропластика қилиш ёки шу соҳаларга ТПФ мосламасини қўйиш орқали амалга оширилади. Лекин ўтказилган жаррохлик усулларида кейин умуртқа танасидан суяк цементини ташқарига чиқиши (юмшоқ тўқималарга ёки тери остига чиқиши) каби асоратлар 1-2% ҳолатларда учраб турибди. Қўйилган ТПФ мосламасини умуртқа танасини тўлиқ стабилизация қилиш имкониятини бермаслик ҳолатлари ҳам учраб келмоқда. Юқоридаги маълумотлардан ҳулоса қилинганда, катта ва кекса ёшли беморларнинг кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларда юзага келган асоратлар сабаблари тўлиқ ўрганилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади. Катта ва кексаларда умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларида ўтказилган жаррохлик усулидан кейин юзага келган асоратлар сабабларини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот материали бўлиб, Республика ихтисослашган Нейрохирургия илмий – амалий маркази спинал хирургия бўлимида ва АДТИ клиникаси нейрохирургия ва вертебрология бўлимларида 2012 йилдан 2018 йилгача ётиб даволанган жами 45 нафар катта ва кекса ёшли беморлар (60 ёшдан ошган) ташкил этган. Тадқиқотда беморларга клиник ташҳис қўйиш қуйидаги текширув усуллари фойдаланилди: беморларнинг шикайти ва анамнези, неврологик статусни баҳолаш, шикастланган соҳаларнинг 2 хил кўринишдаги (тўғридан ва ёнбошдан) рентгенологик текширувлар, денситометрия, КТ, МСКТ ва МРТ текширув усуллари дир.

Тадқиқот натижалари. Ўтказилган ретроспектив таҳлилда 2012 йилдан 2018 йилгача ётиб даволанган 45 нафар беморларнинг 13 нафарида турли кўринишдаги асоратлар келиб чиққан. Операциядан кейин юзага келган асоратлар ривожланган беморларнинг деярли барчаси клиник белгилар яъни оғриқ синдроми ва неврологик белгилар операциядан олдинги ҳолатга яқинлиги билан ажралиб турган. Юзага келган асоратларни келтириб чиқарган сабаблар замонавий ва традицион невровизуализацион текширув усуллари (рентгенография, денситометрия, КТ ёки МСКТ ва МРТ) ёрдамида ўрганилди ва қуйидаги ҳолатларга эътибор берилмаганлиги аниқланди:

- Рентгенография текширувида умуртқа танасининг деформация даражасига, кифотик деформация даражасига, сагитал индекс даражасига, нотурғунлик синдроми мавжуд ёки мавжуд эмаслигига

- Денситометрия ёки КТ текширувида компрессияга учраган умуртқа танасининг минерал зичлигига
- МРТ текширувида компрессияга учраган умуртқа танаси ҳисобига орқа мия канали соҳасида стеноз (медулло-вертебрал конфликт) бор ёки йўқлиги каби маълумотларга эътибор қаратилмаган.

Асоратлар юзага келган беморларнинг 6 нафарида ўрнатилган ТПФ винтининг ўрнатилган соҳадаги умуртқа танасининг минерал зичлиги камлиги ҳисобига миграцияга учраши кузатилган, 4 нафар беморларда кўшни соҳаларда компрессион синишлар юзага келган ва 3 нафар беморларда ўтказилган вертебропластика усулидан кейин қайта шу соҳада компрессион синишлар юзага келган.

Хулоса. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни даволашда жарроҳлик усулини танлашда компрессия учраган умуртқа танасининг деформация даражаси, кифотик деформация бурчаги даражаси, компрессион синиш юзага келган соҳадаги нотурғунлик белгиси ва умуртқа танасининг минерал зичлиги ўрганилиб, жарроҳлик усули танланса юзага келиши мумкин бўлган асоратлар олди олинган бўлади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ДИСТРОФИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Каракулов К.Х

Проблема лечения поясничного спондилолистеза несмотря на определенные достижения остается актуальной проблемой современной вертебрыологии. Обычно заболевание протекает латентно, без выраженной симптоматики, а ее появление чаще всего свидетельствует декомпенсации статики и биомеханики в пораженном сегменте позвоночника. Операция общепризнанно остается методом выбора в лечении данной категории больных, особенно на фоне стойких болей и неврологических расстройств. Однако по данным литературы, процент неудовлетворительных результатов лечения остается достаточно высоким.

Проанализированы результаты хирургического лечения 102 больных с поясничным спондилолистезом. Дегенеративный спондилолистез диагностирован у 84 (85,7%) больных, спондилолизный и диспластический у 36 (36,7%) и травматический – у 2 (2,4%). По степени смещения позвонка (по Мейердингу) пациенты распределялись следующим образом: I степень смещения- 58 (59,1%), II степень - 34 (34,6%), III степень - 6 (11,2%) и 3 (3,6%) IV степень. В большинстве случаев наблюдался смещение VL5 позвонка у 59 (59%), у 39 (39%) смещение VL4 и у 4 (4%) сочетанием VL4 и VL5. При клиническом обследовании во всех случаях оценивали как ортопедический, так и неврологический статус больного.

Передний интеркорпоральный спондилодез титановыми кейджами с применением аутокости было произведено 84 больным при I-II степени дегенеративного спондилолистеза. Доступ к телам поясничных позвонков подходили со стороны забрюшинного пространства, применяя левосторонний реберно-паховый доступ.

В 18 случаях произведена операция заднего спондилодеза кейджим и транспедикулярной фиксацией. Данная методика позволяет провести полноценную ревизию позвоночного канала и стабильную фиксацию с восстановлением высоты межтелового пространства и межпозвоноковых отверстий.

Результаты хирургического лечения в сроки от 3 месяцев до 10 лет изучены у всех больных. Оценивали динамику болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале заполняемой самим пациентом, а также по индексу Освестри. О формировании

межтелового блока после выполнения спондилодеза судили на основании рентгенологических данных.

Через 10 лет после операции клинический результат лечения у 92 (93%) больных расценен как хороший, у 10 (7%) -удовлетворительный. В группу с удовлетворительным результатом лечения попали двое больных с IV ст. смещения дегенеративного спондилолистеза. Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. 1) При хирургическом лечении дегенеративного спондилолистеза поясничного отдела позвоночника I-II степени применение способа интеркорпоральной стабилизации титановыми кейджами является высокоэффективным и патогенетический обоснованным методом. Использование этой операции при более выраженных степенях смещения позвонков нецелесообразно. 2) При спондилолистезе III - IV степени транспедикулярная фиксация во всех случаях должна сочетаться задним межтеловым спондилодезом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ.

*Шатурсунов Ш.Ш.¹, Мусаев Р.С.¹, Кочкартаев С.С.¹, Мирзаханов С.А.¹, Бозоров
О.Р.²*

*РСНПМЦ травматологии и ортопедии. Ташкент Узбекистан.¹
Ташкентская Медицинская Академия.²*

Переломы позвоночника на фоне остеопороза возникают у 20-30% пациентов старше 70 лет, у 16-20% женщин в период менопаузы. Рост числа переломов позвоночного столба, возникающих на фоне остеопороза, является закономерным следствием популяционного старения как в Узбекистане, так и в мире в целом. Основными симптомами таких переломов являются боль и кифотическая деформация позвоночника.

Лечение остеопоротических нестабильных неосложненных переломов грудного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей. Особенности данной группы пациентов является наличие большого количества сопутствующей соматической патологии. Кроме этого, развитие остеопороза позвоночника и снижение минеральной плотности костной ткани приводят к значительному уменьшению прочностных характеристик тел позвонков, которые ограничивают применения современных транспедикулярных фиксаторов и диктует необходимость восстановления опороспособности позвоночного столба.

Перкутанная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом стабилизации нестабильных переломов грудного отдела позвоночника. Использование баллонной кифопластики позволяет восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол посттравматического кифоза. В тело сломанных позвонков сначала вводят специальный баллон, раздувающийся под давлением. Это способствует исправлению деформации позвонка, после этого тело позвонка заполняется костным цементом.

Проанализированы результаты хирургического лечения 23 пациентов старше 55 лет лечившихся РСНПМЦ травматологии и ортопедии в отделение вертебрологии с неосложненными остеопоротическими переломами тел грудного отдела позвоночника. Во всех случаях была использована стандартная методика баллонной кифопластики костным цементом. Давность компрессионных переломов составила не больше 8 недель, когда сохраняются шансы максимально восстановить анатомическое положение и форму позвонка при помощи баллонной кифопластики.

После операции все пациенты отметили значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома. Пациенты активизированы через 4–6 ч после операции.

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. До операции в данной группе пациентов клиновидная деформация тела позвонка составляла 30-55% ($42,5 \pm 8,4\%$). В процессе кифопластики достигалось восстановление высоты передних отделов сломанного позвонка на $20,0 \pm 6,2\%$ (рис.). Коррекция угла локального кифоза достигалась в пределах $8-12^\circ$ ($7,3 \pm 2,5^\circ$). Болевой синдром уменьшался с $7,2 \pm 1,9$ до $2,5 \pm 1,7$ по визуальной аналоговой шкале. В отдаленном периоде не отмечено увеличения болевого синдрома, нарастания угла локального кифоза и деформации тела позвонка.

В послеоперационном периоде проведен анализ возможных осложнений, возникающих после выполнения балонной кифопластики. Инфекционных и эмболических, а также полостных осложнений в виде гемо- и пневмоторакса, образования межмышечных гематом не было. Экстравертебральное истечение костного цемента отмечено в 3 (13,4%) наблюдениях, в том числе у 2-х больных паравертебральное истечение костного цемента, и внутридискковое в 1 случаях, интраканальное не наблюдалось.

Частота осложнений в обеих группах не превышала таковую по данным мета-анализа зарубежных исследований. У всех пациентов течение осложнений бессимптомное, не сопровождалось неврологическими нарушениями. Осложнений возникли вследствие неверно подобранной вязкости костного цемента, а также высокой скорости его введения.

Таким образом, перкутанная пункционная кифопластика позволяет осуществить малоинвазивную малотравматичную стабилизацию переломов тел позвонков груднопоясничного отдела позвоночника на фоне остеопороза, восстанавливая прочностные характеристики поврежденного позвонка. Восстановление высоты тела позвонка приводит к восстановлению биомеханики позвоночно-двигательного сегмента, тем самым снижая вероятность возникновения переломов «смежного» уровня. Обеспечивая значительное снижение интенсивности болевого синдрома увеличивает двигательной активности у пациентов с остеопоротическими переломами груднопоясничных позвонков.

УСОВЕРЩЕНСТВЕННЫЙ МЕТОД ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э.

*Андижанский государственный медицинский институт
Бухарский государственный медицинский институт*

Актуальность. До сегодняшнего дня язвенный колит остается проблемой мировой медицины, который часто негативно влияет на жизнедеятельность больного. При этой патологии пораженная слизистая оболочка толстого кишечника становится очагом развития тяжелого и диффузного язвенно-воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений. Поэтому остро ставится вопрос найти подходящую терапию в комплексном лечении язвенного колита. Учитывая нерешённость вопроса о целесообразности лимфатической терапии при язвенном колите, а также отсутствие данных о применении эндомезентериальной лимфатической

терапии в послеоперационном периоде, следует считать эти вопросы актуальными для современной абдоминальной хирургии.

Цель исследования – улучшить результаты лечения и предотвратить осложнения язвенного колита у пациентов в послеоперационном периоде, путем включения в комплексную лечение эндомезентериальной лимфостимуляции и лимфатической терапии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного лечения 97 пациентов в послеоперационном периоде у больных язвенным колитом основной группы с применением эндомезентериальной лимфатической терапии и в отдельности у больных контрольной группы традиционного метода лечения, находившихся в колопроктологическом отделении клиники АндГосМИ за период с 2011 по 2021 год. В среди пациентов участвовавшие в исследовании мужчин было 45 (46,4%), женщин 52 (53,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 73 лет. Наибольшее количество пациентов были трудоспособного возраста – 91 (93,8%). Все оперированные пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, которым комплексное лечение дополнялось применением эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму (n=54), а во второй включены пациенты, получавшие общепринятое традиционное лечение (n=43). В обеих группах большинство пациентов были в возрасте от 17 до 50 лет: в I группе их 39 (72,2%), во II – также 35 (81,4%). В первой группе мужчин было 25, а женщин 29. Во второй группе мужчин было 20, а женщин - 23. Всем пациентам I группы по завершении основного этапа операции эндомезентериально установили полихлорвиниловый катетер для эндомезентериальной лимфатической терапии, применяя ее в течение 4-5 дней, 1 раз в сутки в послеоперационном периоде у больных с гемиколэктомии, 2 раза в сутки у больных после субтотальной либо тотальной колэктомии. На фоне определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, выделенной из материала слизистой оболочки толстой кишки, лимфотропно применяли подобранную одну дозу антибиотика заранее растворив его в 50 мл 0,5% растворе новокаина. До применения лимфотропной терапии для стимуляции лимфатической системы через установленный эндомезентериальный катетер ввели капельно раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5% - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарина или лазикса 64 ед., в течение 40-60 минут.

Эндолимфатическая терапия способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфооттока, нормализации микрогемолимфоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости.

Результаты исследования эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде были уникальны по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. Лимфотропный метод терапии способствует снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде лимфатического потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника. Комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде при язвенном колите позволила достоверно улучшить состояние пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов основной группы снизились более значительно. В целом, полученные результаты наглядно

отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и, соответственно, результаты лечения такой тяжелой патологии как язвенный колит, путем снижения частоты осложнений в послеоперационном периоде с 15,9% до 5,7% и летальности с 7,2% до 2,4%.

Таким образом, основываясь на результаты наших наблюдений, можно делать вывод, что применяемая эндомезентериальная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных в послеоперационном периоде при НЯК способствует достоверную снижению частоты осложнений грозной для жизни этой патологии.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПУНКЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОКЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Юлдашев Г.Ю.

Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы. Идея чрескожной пункции и дренирования полостных образований впервые озвучена в докладе Wiechel в 1971г. В 1989 г. Van Sonennberg доложил об опыте 101 вмешательства с хорошими результатами. В то же время до сих пор не полностью отработаны четкие показания к данным манипуляциям, не определены сроки выполнения дренирования, мало изучены непосредственные и отдаленные результаты данного вида лечения.

Целью исследования является разработка малотравматичного метода чрескожно-чреспеченочного пункционного дренирования остаточной полости печени. Эту задачу следует считать актуальной, так как её разрешение позволит у больных с повышенным хирургическим риском ликвидировать остаточную полость без повторных операций.

Материал и методы. В хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП и клиники «Мед Комплекс» с 2000 по 2021 гг. чрескожно-чреспеченочное пункционное аспирационное, дренирование остаточной полости после эхинококкэктомии произведено 46 пациентов под контролем УЗИ (14 женщины 32 мужчины) в возрасте от 35 до 65 лет. Все больные ранее были оперированы по поводу эхинококкоза печени.

У всех больных выявлены тяжёлые сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца у 12, ИБС и гипертоническая болезнь- у 13, сахарный диабет - у 11 больного.

Инфицирование и нагноение остаточной полости сопровождалось повышением температуры тела, болями и дискомфортом в правом подреберье, интоксикацией. При отсутствии нагноения остаточной полости наблюдалось наличие тупых болей в области печени, иногда пациенты острых жалоб не предъявляли. Наличие остаточной полости диагностировано с помощью УЗИ (35) и КТ (11). Размеры полости варьировали от 5,1 до 10,2 см в диаметре.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов наших исследований показал, что остаточная полость в основном формировалась у больных с гигантскими нагноившимися эхинококковыми кистами. Во всех случаях остаточная полость локализовалась в правой доле (VI-VII-VIII сегмент) печени.

После кратковременной подготовки 6 больным выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование остаточной полости печени. Оперативные вмешательства выполняли под местной анестезией. Начинали с прицельной тонкоигольной пункции иглой Chibo с целью забора материала из полости для исследования. При подтверждении наличия гноя в пунктате через ту же иглу аспирировали 10-20 мл жидкости и затем вводили соответствующее количество

антисептической жидкости (диоксидин, хлоргексидин). Затем извлекали иглу и сразу же проводили пункцию стилет - катетером с проведением через гильзу последнего силиконового дренажа, а затем дренаж фиксировали к коже и осуществляли максимальную аспирацию содержимого полости.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали, у 3 больных выявлена умеренная воспалительная реакция вокруг силиконовой дренажной трубки. У 1 пациента через 2 недели дренаж выпал, в связи с чем выполнено повторное дренирование полости под контролем УЗИ.

Отдалённые результаты изучены у 25 больных в сроки от 6 месяцев до 14 лет. Жалоб больные не предъявляли, при УЗИ у 19 больных наступила полная ликвидация полости, у 6 сохранились небольшие остаточные полости.

Таким образом, чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренажные манипуляции являются эффективными лечебными мероприятиями у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИРКУЛЯРНО СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Юлдашев Г.Ю., Юлдашев А.Г., Эгамбердиев З.Ш.

*Кафедра подготовки ВОП Ургенчского филиала ТМА. Отделение колопроктологии
и хирургия таза Европейского медицинского центра.*

Актуальность проблемы: С 2000 по 2021 года отделение колопроктологии и хирургия таза и отделение хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП и клиники «Мед Комплекс» оперировано 298 больных раком толстой кишки 132 (44,29%) мужчин и 166 (55,7%) женщин. Большинство больных (77,1%) были старше 60 лет. 153 (51,3%) больных оперировано экстренно, 145 (48,7%) в плановом порядке. Летальность составила 11,4% (34 больных). У 41 (14,7%) больных ввиду нересектабельности опухоли или тяжести состояния больных проведено паллиативное лечение – колостомия. 257 (86,2%) больным произведены радикальные операции. У 122 (49,4%) больных при наложении межкишечного анастомоза использовались одноразовые циркулярные сшивающие аппараты. Из них 78 больных оперировано в плановом и 44 больных – в экстренном порядке. В данной группе больных левосторонняя гемиколэктомия выполнена 41 (33,6%) больным, правосторонняя гемиколэктомия – 17 (13,9%), резекция сигмовидной кишки 39 (31,9%), внутри брюшинная резекция прямой кишки 33 (27,4%) больным. При наличии кишечной непроходимости операция дополнялась превентивной двухствольной колостомией.

Результаты. Использование циркулярного сшивающего аппарата при наложении межкишечного анастомоза привело к уменьшению времени наложения анастомоза (30 – до 40 мин) уменьшению трудоёмкости наложения низких ректальных анастомозов. У 14 больных после операций с использованием циркулярных сшивающих аппаратов возникли послеоперационные осложнения. Чаще развивалось нагноение операционной раны 6(42,8%), послеоперационная пневмония – 5 (35,7%), абсцесс брюшной полости – 1 (7,1%), ТЭЛА – 1 (7,1%), несостоятельность анастомоза – 1 (7,1%), после правосторонней гемиколэктомии. При этом количество осложнений в группе со стандартными оперативными вмешательствами составило 19,3% из них несостоятельность анастомоза возникла у 3 больных.

Выводы. Использование циркулярного сшивающего аппарата для наложения межкишечного анастомоза при оперативном лечении рака толстой кишки приводит к сокращению времени операции, осложнений, в том числе, количества несостоятельности анастомоза

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОИМПУЛЬСНОЙ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ
ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНОЙ БОЛЯЩЕЙ
ГЛАУКОМОЙ С НАЛИЧИЕМ ЗРЕНИЯ**

*Юсунов А.Ф., Абдушукурова А.А., Каримова М.Х.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в ранней диагностике и лечении глаукомы, в последнее время увеличивается число обращений пациентов с тяжелыми, трудно поддающимися традиционному лечению формами. Перспективным и приоритетным направлением в стабилизации офтальмогипертонуса и снятии болевого синдрома является проведение циклодеструктивных операций, в частности циклофотокоагуляции (ЦФК).

Цель. Оценить эффективность лечения больных глаукомой методом микроимпульсной транссклеральной циклофотокоагуляции.

Материал и методы. В РСНПМЦМГ нами было обследовано 23 пациента (23 глаза) с диагнозом вторичная глаукома. Из них мужчин было - 18, женщин – 5. Средний возраст пациентов составил $47 \pm 0,3$ года.

Всем пациентам были проведены офтальмологические методы исследования, а также микроимпульсная транссклеральная циклофотокоагуляция на диодном лазере с длиной волны 810 нм (Quantel Medical.Supra 810. Франция.), мощность -

Результаты исследования. Все больные жаловались на боли в глазу различной интенсивности и снижение зрения. До лечения ВГД в среднем составило $47 \pm 0,7$ мм.рт.ст., максимально скорректированная острота зрения варьировала от 0 до 0,7, и в среднем была $0,12 \pm 0,5$.

После проведения мЦФК у всех пациентов наблюдалось снижение ВГД и составило в среднем $24,3 \pm 0,7$ мм.рт.ст. У всех пациентов отмечалось стихание болевого синдрома, острота зрения у больных не изменилась.

Заключение. Использование микроимпульсной транссклеральной циклофотокоагуляции у больных вторичной болящей глаукомой с наличием зрения эффективно снижает ВГД и устраняет болевой синдром.

ME'DA SARATONI KIMYOTERAPIYASI

*Xasanov D.SH.
Andijon davlat tibbiyot instituti.*

Mavzuning dolzarbligi: Me'da saratoni davolash zamonaviy onkologiyani dolzarb muammolaridan bulib qolmoqda. Hozirgi kunda me'da saratoni dunyoda xavfli o'smalar keltirib chiqaruvchi o'lim ko'rsatkichi bo'yicha o'pka saratonidan so'ng 2-o'rinni egallab turibdi. Maxsus davu o'tkazilmagan disseminatsiyalashgan me'da saratoni bilan bemorlar yashovchanlik medianasi 3-4 oyni tashkil qiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki bu bemorlarda kimyoterapiya yashovchanlik ko'rsatkichini 3 oydan 10 oygacha ortiradi.

Tadqiqot maqsadi: Disseminatsiyalashgan me'da saratoni davu natijalarini yaxshilash.

Material va uslublar: Tadqiqot 2018-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali kimyoterapiya bo'limida disseminatsiyalashgan me'da saratoni tashxisi bilan davolangan 44 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan. Bemorlar 2 guruxga bo'linib o'rganilgan, 1-guruh PF. sxemada, 2-guruhga DCF sxemada kimyoterapiya o'tkazilgan.

Tadqiqot natijalari: Birinchi guruxda kimyoterapiya PF: Sisplatin 75 mg/m² 1-kun, 5-ftoruratsil 1000 mg/m² 1-5 kunlar rejimi qo'lanilgan, davu kurs har 4 haftada

takrorlangan. Ikkinchi guruxda kimyoterapiya DCF: Dotsetaksel 75 mg/m² 1-kun, Sisplatin 75 mg/m² 1-kun, 5-ftoruratsil 750 mg/m² 1-4 kunlar rejimi qo‘lanilgan, davo kurslar har 4 haftada takrorlangan. Davo samaradorligi har 4 haftada klinik va ultratovush, endoskopik tekshiruvlar yordamida baholangan. Davo samaradorligini tahlil qilishda birlamchi o‘sma lokalizatsiyasi, gistologik turi, differensirovka darajasi, alohida metastazlar mavjudligi, bemor yoshi, jinsi, hamrox kasalliklari e‘tiborga olindi.

O‘tkazilgan davoga obyektiv javob 1-guruxda- 10,7%, 2-guruxda- 44,2%, jarayon stabilizatsiyasi 44,8%- 67,1%, hayot davomiyligi medianasi o‘rtacha 8,5 oy, 12,2 oy, 1 yillik umumiy yashovchanlik 31,0% -46,1% birinchi va ikkinchi guruxda mos ravishda tashkil qilgan.

Xulosa: Disseminatsiyalashgan me‘da saratonida DCF sxemada kimyoterapiya hayot davomiyligi medianasi o‘rtacha 3,7 oyga ortiradi va kasallik stabilizatsiya vaqtini 23,7%ga uzaytiradi.

MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA VA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVILARNI TO‘G‘RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASIDAGI O‘RNI

Xasanov D.SH.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi. Hozirgi kunda to‘g‘ri ichak saratonida o‘smaning tarqalish darajasini baholash zamonaviy onkologiya dolzarb vazifasidir. Bu butun dunyoda, shu jumladan mamlakatimizda ham yo‘g‘on ichak saratoni bilan kasallanish va o‘lim darajasining intensiv o‘shishi 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 tekshiruvi 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 maqsadi. To‘g‘ri ichak saratoni rezektabelligini baholashda ultratovush tekshiruvi va magnit-rezonans tomografiya imkoniyatlarini o‘rganish.

Material va uslublar. Tadqiqot 2019-2021 yillarda RIORIATM Andijon filiali 4-jarrohlik 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 tekshiruvi o‘sma hajmi T mezonga ko‘ra, sezuvchanlik 88,1%, spetsifiklik - 94,0%, umumiy aniqlik - 93,8% ni tashkil etdi. Mazkur kasallikda transabdominal ultratovush tekshiruvi 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 tekshiruvi 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 tekshiruvi o‘sma jarayonining mahalliy 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 tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko‘rsatadi.

ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASHDAGI O'RNI

*Xasanov D.SH., Mamarasulova D.Z., Urmanboeva D.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti.*

Mavzuni dolzarbligi: Sut bezi saratoni boshqa xavfli o'sma kasalliklari bilan taqqoslanganda ayollar o'limiga eng ko'p olib keluvchi sabablardan biri hisoblanib, so'nggi o'n yilda Respublika onkologik kasalliklar strukturasi birinchi o'rinni egallab kelayotgan keng tarqalgan xavfli o'sma sanaladi. Sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini diagnostikasida ultratovush tekshiruvi bez to'qimasi holati, regional limfa tugunlari o'zgarishlar holatini to'liq aniqlash imkonini beruvchi usul hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: Sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini erta tashxislashda ultratovush tekshiruvi imkoniyatlarini o'rganish.

Material va uslublar: Tadqiqot 2019-2021 yillarda Andijon shahri va Andijon tumanida istiqomat qiluvchi 20-60 yosh ayollar orasida olib borilgan profilaktik ko'ruv davomida sut bezlari ultratovush tekshiruvi natijalari tahlil qilishga asoslangan.

Tadqiqot natijalari: Andijon shaharida profilaktik ko'ruv davomida sut bezlari ultratovush tekshiruvi o'tgan jami 1116 nafar ayolda quyidagi natijalar ko'rildi: sog'lom ayollar 535 (49,7%), fibroz-kistoz mastopatiya 163 (14,6%), fibroz mastopatiya 140 (12,5%), tugunli mastopatiya 64 (5,7%), diffuz mastopatiya 30 (2,68%), sut bezi kistoz zararlanishi 95 (8,51%), fibroadenoma 13 (1,16%), Mins kasalligi 13 (1,16%) va havfli o'smaga gumon 11 (0,98%). Galaktotsele, ateroma va lipoma kabi boshqa kasalliklar 2 (0,26%) va 1 (0,089%) nafar ayolda aniqlangan. Andijon tumanida jami 1065 nafar ayoldan 530 nafarida (49,8%) sut bezida turli patologik holatlar aniqlangan, 130 nafar (12,2%) fibroz mastopatiya, 153 nafar (14,3%) fibroz-kistoz mastopatiya va 54 nafari (5%) tugunli mastopatiya, qolgan kasalliklar mos ravishda ozroq foizlarda uchradi. Ikkiala hududda ham olingan natijalarga ko'ra, tekshirilgan ayollarning 50 foizida sut bezida turli patologik holatlari aniqlandi.

Xulosa: Tadqiqot natijalari sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini erta tashxislashda ultratovush tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko'rsatadi.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

**Абдуллаев И.И.
Госпиталь МВД (г. Наманган)**

Медицинская служба системы Министерства внутренних дел Республики Узбекистан — один из обязательных элементов поддержания работоспособности и боеспособности органов внутренних дел. Она обеспечивает медико-социальную защиту личного состава. На нее возлагается осуществление комплекса профилактических, лечебных, санаторно-курортных и реабилитационных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья сотрудников ОВД, пенсионеров системы ВД в условиях мирного и военного времени. Существующая в Министерстве система охраны здоровья личного состава эффективна и в целом отвечает современным требованиям, о чем свидетельствует стабильность основных показателей здоровья сотрудников.

Проблема уронефрологии является одной из важнейших в системе здравоохранения в целом и ведомственного, в частности. Среди болезней мочеполовой системы (МПС) можно выделить группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом отношении: мочекаменная болезнь (МКБ), хроническая почечная недостаточность, заболевания предстательной железы, хронический пиелонефрит, онкоурологические заболевания. Данные нозологические единицы составляют основную долю уронефрологических заболеваний. Их

прогрессировать сопровождается значительным числом различных осложнений и требует серьезного специализированного лечения у специалистов-урологов.

Следует отметить, что частота различных заболеваний отличается в системе МВД по группам служебного предназначения. Так, среди всех заболеваний мочеполовых органов, воспалительные заболевания (хронический пиелонефрит, простатит, эпидидимит, орхит и др.) наиболее часто встречаются у сотрудников оперативного назначения (32%), у сотрудников пост-патрульной службе (48%), аденома простаты – у пенсионеров МВД (от 20,7%).

В последние годы медицинская служба функционирует в условиях реформ правоохранительных органов и отечественного здравоохранения. В связи с этим особенно актуально внедрение в практику достижений медицинской науки новых технологий и совершенствование системы оказания ведомственной медицинской помощи. Важными факторами развития практической урологии являются рациональное управление, координация управляющих воздействий и достижения урологической науки.

Необходимость выделения проблемы оказания специализированной помощи урологическим больным в системе МВД обусловлена увеличением как первичной заболеваемости, так и общей распространенности воспалительных заболеваний, увеличение численности сотрудников за последнее десятилетие в 2 раза при сохраненном на прежнем уровне количестве специалистов и урологических коек. Необходимы установки и рекомендации, направленные на оптимизацию организации лечебно-диагностического процесса, создание плана обследования и лечения больных, координацию деятельности различных подразделений стационаров, а также амбулаторной и стационарной помощи. Нуждается в совершенствовании инертная система передачи информации между урологическими клиниками и учреждениями, клиниками и основными организационными структурами. Требуется дальнейшее совершенствование и развитие системы подготовки и специализации кадров в системе МВД.

Таким образом, актуальность нашего исследования определяется возросшей потребностью в оказании урологической помощи в системы МВД в связи с увеличением: а) численности обслуживаемого контингента; б) первичной урологической заболеваемости; в) распространенности урологической патологии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

**Холмуродов А.Т., Абдуллаев И.И.
Госпиталь МВД (г. Наманган)**

Согласно данным ВОЗ, в структуре смертности населения экономически развитых стран болезни мочеполовой системы занимают 7-е место и составляют 2,5-3% всех причин смертности. Но вместе с тем, они поражают людей всех возрастов и, особенно, молодых (средний возраст этих больных не превышает 40 лет), являясь причиной временной нетрудоспособности и инвалидизации значительного числа трудоспособного населения и нанося тем самым, огромный экономический ущерб стране.

Одной из особенностей медицины в стране является самообращение на поздних стадиях развития заболеваний, вследствие чего прогрессивно повышается число осложнений, что требует еще больших затрат бюджетных средств. Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями мочеполовой системы (МПС) в республике за последнее десятилетие ежегодно возрастало, причем прирост составил 25%. Показатель числа впервые зарегистрированных больных за эти годы также увеличился на 26%. Ежегодно инфекции мочевыводящих путей являются причиной более 100 тыс. госпитализаций, преимущественно по поводу пиелонефрита. Поэтому приоритетным направлением становится раннее выявление болезней, основанное на перспективе развития

профилактики, формирования здорового образа жизни, ранней диагностики заболеваний, оптимизации использования коечного фонда.

В литературе имеется значительное число исследовательских работ, касающихся заболеваемости мочеполовой системы (МПС). Анализ особенностей заболеваемости, представленной авторами, весьма не однозначен. Так, по данным НИИ урологии, среди урологических заболеваний отмечено преобладание мочекаменной болезни - 33,95%, хронического пиелонефрита - 11,1%, онкологических заболеваний - 9,61% и др.

Особое место в клинической урологии занимают воспалительные процессы простаты и уретры. Их актуальность связана с тем, что максимально высокий удельный вес заболеваемости регистрируется у лиц 20-40 лет, т.е. в наиболее активном и сексуальном возрасте.

В мире и нашей стране произошли глобальные изменения, но никаких позитивных перемен в состоянии мужского здоровья не наблюдалось. Важно отметить, что социальное значение заболеваний в числе, которых новообразования и воспалительные заболевания мочеполовой системы обуславливают высокую смертность населения, резко повышают временную и стойкую нетрудоспособность (инвалидизацию и инвалидность) населения, то другие хронические заболевания половой системы резко снижают качество жизни.

В последние годы значительно возросла распространенность факторов риска, в том числе влияющих на формирование хронической патологии, ухудшились показатели социально-психологического благополучия. По-прежнему остается значительным уровень заболеваний мочеполовой системы, среди которых высокий удельный вес у мужчин составляют заболевания мужских половых органов. Особенности жизнедеятельности современных мужчин оказывают выраженное влияние на их состояние здоровья и продолжительность жизни.

Распространенность мочекаменной болезни продолжает прогрессивно увеличиваться. Мочекаменная болезнь - одно из распространенных урологических заболеваний, встречается менее чем у 35% населения. Мочекаменная болезнь (МКБ) встречается не менее чем у 3% населения и занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний, составляет в среднем по республике 34,2%. Пациенты, страдающие МКБ, составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров.

Мочекаменная болезнь выявляется в любом возрасте, наиболее часто в трудоспособном (30-55 лет). Она составляет в России в среднем 38,2% от всех урологических заболеваний.

Особую озабоченность вызывают воспалительные заболевания мочеполовых органов, которыми страдают, в первую очередь, лица наиболее трудоспособного возраста, что влечет за собой значительные экономические потери. Инфекции мочевыводящих путей и почек являются одними из самых распространенных урологических заболеваний во всем мире. Ежегодно инфекции мочевыводящих путей являются причиной более 100000 госпитализаций, преимущественно по поводу пиелонефрита. Согласно статистическим данным, в среднем 1% людей на земле ежегодно заболевает пиелонефритом.

Во всем мире растет количество больных с заболеваниями почек и хронической почечной недостаточностью. По отчетным данным МВД первое место в классе «болезни почек и мочевых путей» у мужчин занимают пиелонефрит и цистит, на долю которых приходится от 54 до 80% всех заболеваний.

Заболеваемость болезнями мочеполовой системы во многом зависит от возраста и пола. Среди инфекций мочевых путей широкое распространение имеет также острый цистит. Частота возникновения острого цистита у женщин составляет 0,5-0,7 случая на 1 женщину в год, у мужчин - 6-8 случаев на 10000 человек в год. Основными заболеваниями, приводящими к хронической почечной недостаточности, является хронический гломерулонефрит (40,7% случаев) и пиелонефрит (27,9%), реже - поликистоз почек (12,8%), сахарный диабет (11,7%) и другие заболевания (11,8%). В любом случае эти заболевания характеризуются тяжелым течением, неблагоприятным прогнозом и являются самой частой причиной хронической почечной недостаточности и уремии. В 25,2% случаев пиелонефрит

становится причиной первичной инвалидности населения вследствие урологических заболеваний. Более половины лиц вследствие пиелонефрита становятся негодными военной службы и инвалидами I и II групп, возраст 87,2% из них не превышает 40 лет.

Следует отметить, что в силу сложности симптомов и этапов развития заболевания эти больные нередко задерживаются в период распознавания болезни, в результате чего нарастает число практически неизлечимых состояний. По данным официальной статистики, только 30% от общего числа больных почечной патологией состоит на диспансерном учете, 60% - были выявлены при массовом обследовании.

Простатитом страдают, по различным данным, 30-58% сотрудников, и он является причиной примерно четверти всех обращений мужчин с урогенитальными расстройствами.

Вывод. Анализируя данные по заболеваниям мочеполовой системы, за последние несколько лет с другими нозологическими формами, можно сделать вывод, что ситуация по данным видам заболеваний, остается постоянной и составляет около 10% в структуре общей заболеваемости МВД.

Данные заболевания находятся на одном уровне с заболеваниями эндокринной, пищеварительной, костно-мышечной систем и являются достаточно распространенными у сотрудников МВД.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ СВЯЗЬ С РИСОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

*Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Интерес онкологов к различным формам мастопатии и другим доброкачественным заболеваниям молочной железы объясняется, прежде всего, тем, что они относятся к предопухолевым заболеваниям, на фоне которых может развиваться рак молочной железы. Несмотря на то, что мастопатия не является облигатным предраком, однако, у этой категории больных частота возникновения рака в 3-5 раз выше, чем в общей популяции, а при пролиферативных формах риск возрастает в 25-30 раз, где рак молочной железы занимает 2 место среди причин смерти от рака.

Цель исследования: Изучение эпидемиологии различных форм доброкачественных и злокачественных заболеваний молочных желез

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе Андижанского филиала Республиканского специализированного научно-практического центра Онкологии и радиологии. Материалы для изучения эпидемиологии различных форм доброкачественных заболеваний молочных желез, изучения связи отдельных форм доброкачественных заболеваний молочных желез с риском развития рака молочной железы, изучения непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с предраковыми заболеваниями молочной железы явились данные за 2018-2021гг.

Результаты исследования. Изучение возрастных показателей заболеваемости раком молочной железы выявило, что происходит резкий подъем заболеваемости, начиная с сорока лет, что составило 23,6 % и достигает своего пика к 50-59 годам, что составило 41,8%. Онкологическая патология молочных желез у женщин в Андижанской области в возрастном периоде 40-59 лет, развивается на фоне гормональной перестройки организма пременопаузального и менопаузального типа, достигая 40% общей болезненности, что соответствует наблюдениями многим исследователям указавшим на роль и значение гормональной активности в репродуктивном возрасте у женщин азиатской национальности.

Заключение. Со спадом гормональной активности идет резкое снижение поражения женщин РМЖ, и к 70 годам жизни заболеваемость РМЖ довольно

снижается.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

*Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. По данным ВОЗ у женщин на первом месте по локализации опухолей в структуре заболеваемости стоит РМЖ, что составляет 18% от общего числа злокачественных опухолей. Для снижения заболеваемости важно изучать различные способы воздействия на предраковые процессы в молочной железе

Цель исследования: Изучение эпидемиологии различных форм доброкачественных заболеваний молочных желез.

Материалы и методы. Объектом для исследования выбраны 1993 больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями молочных желез за 2018-2021 гг., прошедших через поликлиническое отделение кабинета маммологии Андижанского областного онкологического диспансера.

Результаты исследования. Самое большое число поступивших на амбулаторный прием имела диагнозы фиброзно-узловая мастопатия, фиброзно-кистозная мастопатия и фиброзная мастопатия. Диагноз ФУМ был поставлен 462 больным, что составило 26,9%, ФКМ была поставлена 402 больным, что составило соответственно 23,3%, а фиброзная мастопатия поставлена 365 больным, что составило соответственно 21,2% от общего количества заболеваний за 2018-2021 гг. На следующем месте по распространенности среди доброкачественных заболеваний молочных желез под данным исследований являлось фибroadенома, что составило 11,4% и была установлена у 198 больных. Самым редко встречаемым заболеванием является липома, которая была обнаружена у 13 больных, что составило 0,8% от общего количества заболеваний молочных желез. Также следует обратить внимание на то, что среди доброкачественных заболеваний у женщин 17-35 лет самые высокие показатели. Также следует обратить внимание на то, что РМЖ чаще выявлялось у женщин 45-55 лет, что составило 30,9% была установлена у 59 человек, в то время как доброкачественные заболевания у женщин 45-55 лет выявлялось у 393 больных, что составило 25,7% от общего количества заболеваний молочных желез доброкачественного характера 1531 (100%).

Заключение. Изучение возрастных показателей заболеваемости РМЖ выявило, что происходит резкий подъем заболеваемости, начиная с сорока лет, что составило 23,6% и достигает своего пика к 50-59 годам, что составило 41,8%. В то время, как доброкачественные заболевания молочных желез чаще всего встречается в возрасте 17-35 лет, что составило 43%, а в возрасте 36-45 лет – составило 26,7%. Важно отметить, что в возрасте 46-55 лет происходит спад заболеваемости, что составило 18,5% и уже в возрасте 56-65 лет и старше показатель заболеваемости составил 8,3% и 3,4% соответственно.

МРТ ДИАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА
ШЕЙНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

*Аблязов Абдувахоб Абдумажитович, Аблязов Отабек Вахобович, Тургунов
Шомахмуд Шомансурович, Кодиров Фарёзбек Равшанбекович
Кафедра онкологии и медицинской радиологии Андижанского государственного
медицинского института, г. Андижан, Ташкентский медицинский центр «Star
Med Center», г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Введение. До настоящего времени проблемы диагностики позвоночного стеноза в результате дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, сохраняет свое значение не только в медицинском, но и социально-экономическом аспекте. Позвоночный стеноз характеризуется проградент-ным течением вследствие нарастания дегенеративного процесса с возрастом. По данным экспертов ВОЗ, почти 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали боли в области позвоночника.

Цель. Используя МРТ метода определить степени тяжести дегенеративного центрального стеноза шейного и поясничного отделов позвоночника и разработать усовершенствованный вариант диагностики позволяющий провести патогенетическую характеристику позвоночного стеноза.

Материалы и методы. В основу работы положены данные 45 больных с дегенеративным стенозом шейного отдела и у 45 больных с дегенеративным стенозом поясничного отдела позвоночника, обследованных в отделениях лучевой диагностики клиники Андижанского государственного медицинского института и Ташкентского медицинского центра «Star Med Center» на МРТ аппаратах мощностью магнитного поля 0,2 и 1,5 Тесла.

Измеряли параметры шейного и поясничного отделов позвоночника: сагиттальный и фронтальный размеры костных и мягкотканых границ шейного и поясничного отделов позвоночного канала, площадь костного и мягкотканного контуров шейного и поясничного отделов позвоночного канала, вертикальный размер межпозвоночного диска шейного и поясничного отделов позвоночника.

Результаты. Сагиттальный размер костной границы шейного и поясничного отделов позвоночного канала на уровне $C_{III}=16,9\pm 3,0$ мм (отклонение от нормы 4,0%, $P<0,5$) и $L_1=17,4\pm 1,8$ мм (2,1%, $P<0,5$), на уровне $C_{VII}=15,3\pm 2,8$ мм (15,5%, $P<0,01$) и $L_5=12,2\pm 2,3$ мм (40,2%, $P<0,001$); сагиттальный размер мягкотканной границы шейного и поясничного отделов позвоночного канала на уровне $C_{III}=12,6\pm 2,8$ мм (5,7%, $P<0,1$) и $L_1=13,5\pm 1,8$ (2,8%, $P<0,5$), на уровне $C_{VII}=11,8\pm 2,9$ мм (16,3%, $P<0,01$) и $L_5=13,0\pm 1,9$ мм (18,2%, $P<0,01$); фронтальный размер костной границы шейного и поясничного отделов позвоночного канала на уровне $C_{III}=19,5\pm 3,0$ мм (4,0%, $P<0,5$) и $L_1=23,1\pm 1,9$ мм (1,9%, $P<0,8$), на уровне $C_{VII}=18,4\pm 3,6$ мм (12,8%, $P<0,05$) и $L_5=23,9\pm 2,4$ мм (14,0%, $P<0,01$); фронтальный размер мягкотканной границы шейного и поясничного отделов позвоночного канала на уровне $C_{III}=17,2\pm 2,8$ мм (2,3%, $P<0,8$) и $L_1=19,7\pm 2,1$ мм (1,4%, $P<0,8$), на уровне $C_{VII}=14,3\pm 2,6$ мм (24,4%, $P<0,001$) и $L_5=19,4\pm 2,3$ мм (19,1%, $P<0,01$); площадь костного контура шейного и поясничного отделов позвоночного канала на уровне $C_{III}=246,4\pm 24,3$ мм² (2,8%, $P<0,8$) и $L_1=372,2\pm 14,8$ мм² (1,3%, $P<0,8$), на уровне $C_{VII}=203,8\pm 28,4$ мм² (24,7%, $P<0,001$) и $L_5=305,4\pm 16,1$ мм² (20,6%, $P<0,01$); площадь мягкотканного контура шейного и поясничного отделов позвоночного канала на уровне $C_{III}=184,0\pm 23,4$ мм² (4,2%, $P<0,5$) и $L_1=262,3\pm 12,9$ мм² (30%, $P<0,001$), на уровне $C_{VII}=141,7\pm 26,3$ мм² (20,7%, $P<0,01$) и $L_5=230,0\pm 13,4$ мм² (24,7%, $P<0,001$); вертикальный размер межпозвоночного диска шейного и поясничного отделов позвонка на уровне $C_{III}=4,2\pm 0,9$ мм (2,4%, $P<0,8$) и $L_1=7,5\pm 1,6$ мм., (5,4%, $P<0,05$), на уровне $C_{VII}=4,0\pm 0,7$ мм (24,9%, $P<0,01$) и $L_5=6,4\pm 1,7$ мм.; (43,8%, $P<0,001$).

Вывод. МРТ метод является самым оптимальным способом для дифференциальной диагностики позвоночного стеноза.

Примечание: отклонение от нормы указана в скобках, в процентах.

КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ИЗ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ТОРАКОТОМИИ

*Абролов Х. К., Маматов М.А., Холмуратов А.А.
Андижаснский государственный медицинский институт*

Аномальный дренаж легочных вен (АДЛВ) – это сложный врожденный порок, при котором все или часть легочных вен дренируются в правое предсердие или полые вены. Частота АДЛВ составляет от 0,5 до 2 % от всех врождённых пороков сердца (ВПС). В зависимости от числа впадаемых легочных вен различают: частичный аномальный дренаж легочных вен (ЧАДЛВ) - в правое предсердие и систему полых вен на различном уровне впадают одна или несколько, но не все легочные вены; тотальный аномальный дренаж легочных вен (ТАДЛВ) - все легочные вены впадают в правое предсердие и систему полых вен на различных уровнях. Анализ литературы свидетельствует, что в 90-97,2% случаев отмечается аномальное дренирование правых легочных вен. АДЛВ в 90-94,3% случаев сочетается с вторичным дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП). Согласно классификации Дарлинга от 1957 года, выделяют 4 типа АДЛВ: супракардиальный, кардиальный, инфракардиальный и смешанный тип.

На сегодняшний день устранение существующих всех четырех форм аномального дренажа выполняется, как правило, из продольной срединной стернотомии. Однако, срединная стернотомия характеризуется большой травматичностью и высоким риском развития медиастинита. Образование постстернотомного келоидного рубца, удаление этого пластическим путем, в психологическом отношении проблемы возникают чаще всего в подростковом возрасте с проявлениями депрессии в жизни с сверстниками. Учитывая все это, целью настоящего сообщения является анализ наших результатов устранения АДЛВ из правосторонней переднебоковой торакотомии.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова за последние 3 года оперированы 79 больных с диагнозом аномальный дренаж легочных вен разными типами. Больные с АДЛВ были в возрасте от 4 лет до 18 лет средний возраст составлял 8,5 лет. В 59 наблюдениях из них радикальная коррекция аномального дренажа была выполнена из продольной срединной стернотомии (контрольная группа). В остальных 20 наблюдениях (основная группа) дислокация аномальных легочных вен в левое предсердие удалось осуществить из правосторонней переднебоковой торакотомии по четвертому межреберью. Во всех наблюдениях имели место все известные варианты частичной формы аномального дренажа легочных вен в правые отделы сердца. Так, в 13 (22%) случаях наблюдалась супракардиальная форма АДЛВ, в 2 (3,3%) кардиальная форма, в 4 – порок был в виде *sinusseptumdefect*, т. е. ДМПП располагался под устьем верхней полый веной и, наконец, в последнем наблюдении была выявлена смешанная форма АДЛВ.

В анализируемых 13 наблюдениях супракардиальной формы впадения легочных вен в верхнюю полую вену канюляция последней осуществлялась с помощью канюль *Racifico*. Коррекция данной формы аномального дренажа обязательно дополнялась пластическим расширением верхней полый вены по *J.Kirklin*. При кардиальных формах АДЛВ аутоперикардиальную заплату подшивали с таким расчетом, чтобы устья аномальных вен стали дренироваться в полость левого предсердия.

Результаты и обсуждение. Отметим, что все операции, осуществлённые из правосторонней переднебоковой торакотомии, проходили без технических трудностей. Продолжительность искусственного кровообращения и кардиopleгии были сопоставимы таковыми при использовании стандартной техники. Применение боковой торакотомии привело к значимому сокращению общей продолжительности операции, укорочению времени ИВЛ и сроков пребывания больного в отделении реанимации, а также уменьшению послеоперационного пребывания больного на койке на $6,1 \pm 0,7$ дня. Пациенты отмечали особое удовлетворение в связи с достигнутым косметическим эффектом. Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом, наш опыт свидетельствует, что коррекция аномальной дренажа легочных вен с успехом может быть осуществлена из правосторонней переднебоковой торакотомии. Применение последней исключает все недостатки и осложнения, характерные для трансстернального доступа. Коррекция аномального дренажа легочных вен из правосторонней переднебоковой торакотомии приводит к минимизации хирургической травмы, уменьшению финансовых затрат и позволяет получить хороший косметический эффект, более того применима для больных с сочетанными врожденными пороками сердца которые выполняются в отделении.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АНОМАЛЬНОМ ДРЕНАЖЕ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

*Абролов Х.К., Маматов М.А., Холмуратов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Аномальный дренаж легочных вен (АДЛВ) – врожденный порок сердца, при котором имеет место впадение отдельных или всех легочных вен в правое предсердие, венечный синус или полые вены. Частота аномального дренажа легочных вен колеблется от 0,7% до 9% от всех ВПС по клиническим данным. Если в правое предсердие или большой круг дренируется одна или несколько легочных вен, такая форма порока называется частичной. Частичный аномальный дренаж легочных вен (ЧАДЛВ) обычно сочетается с наличием межпредсердного сообщения. При впадении устьев всех легочных вен в венозную систему большого круга кровообращения или правое предсердие говорят о полном (тотальном) аномальном дренаже легочных вен (ТАДЛВ). Чаще всего (в 97% случаев) аномально дренируются вены, отходящие от правого легкого. С учетом этого в настоящем сообщении излагаем наш подход к хирургическому лечению больных с АДЛВ.

Цель исследования. Оценить результаты хирургической коррекции аномального дренажа легочных вен.

Материал и методы. В РСНПЦХ имени акад. В.Вахидова и кардиохирургическом отделении клиники АГМИ до 2021 года оперированы 166 больных в возрасте от 3мес. до 47лет, средний возраст ($11,9 \pm 0,7$)лет, с различными анатомическими вариантами АДЛВ. Операции выполняли из срединной стернотомии, только в 20 (33,2%) случаях операциях по поводу данного врожденного порока сердца (ВПС) методом оперативного доступа являлась право-сторонняя торакотомия, и в 1 (1,6%) случае – левосторонняя торакотомия. На «открытом» сердце операции проводили у 92 пациентов нормотермическое ($45,3 \pm 2,01$) мин, и у 74 - гипотермическое ($58,2 \pm 1,8$) мин в условиях искусственного кровообращения с фармакоолодовой кардиopleгией.

Результаты исследования. Оптимальный возраст выполнения хирургических вмешательств – 1-2 год жизни. Из 166 больных у 159 АДЛВ сочетался с дефектом межпредсердной перегородки; у 7 больных ДМПП не было и у 17 размеры дефекта

были небольшими, у всех этих больных ДМПП расширили до нужного размера, чтобы кровь притекающей из легочных вен не обтурировался. Применена методика J.Kirklinc соват.(1955) с различными модификациями. Из 166 больных у 43 было ТАДЛВ, в 14 случаях все легочные вены, собираясь в общий коллектор, дренировались в верхнюю полую вену, в 27 случаях была кардиальная форма и в 2 случаях смешанная форма ТАДЛВ. В 3 случаях выполнялась двухэтапная (паллиативная, потом радикальная) коррекция ТАДЛВ. В 87 случаях проводилось закрытие дефекта межпредсердной перегородки с одновременным перемещением аномально дренирующийся легочных вен, из них в 11 случаях методика дополнялась пластикой атриокавального устья.

Таким образом, объем и способ устранения АДЛВ должны рассматриваться в зависимости от уровня впадения ЛВ, их взаимоотношения к плоскости ДМПП; наиболее адекватным и радикальным методом является внутрисердечная реконструкция с помощью аутоперикарда.

ТАКТИКА АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Алибоев М.Р., Бозоров Н.Э

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.

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

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты хирургического лечения 41 больных загрудинно расположенной щитовидной железой. Среди оперированных были 4 (10%) пациента с узловым нетоксическим зобом, 17 (42%) – с многоузловым нетоксическим зобом, 2 (5%) – с рецидивным многоузловым зобом, 2 (5%) – с диффузным токсическим зобом, 5 (12%) – с аутоиммунным тиреоидитом, 8 (19%) – с аденомой щитовидной железы и 3 (7%) пациента с тиреоидной карциномой.

При обследовании больных мы придавали особое значение визуализирующим методам исследования, таким как УЗИ, компьютерная и магнитнорезонансная томография органов шеи и средостения.

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. 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. 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.

ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА В ЭКСТРЕННЫХ И НЕОТЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ

*Аллазов С.А., Умаров А.У., Аллазов И.С., Зокиров Ш.Ш.
Самаркандского государственного медицинского университета*

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

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

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

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

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

В эндоурологическом кабинете Самаркандской городской больницы за период 2010-2020 гг. проводились: цистоскопия – 1107, уретроскопия – 89, катетеризация мочеочника – 185, цистолитотрипсия – 67, уретеролитоэкстракция – 56, уретролитоэкстракция – 24, цистолитоэкстракция – 52 раза.

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

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

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

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

*Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Юнусов М.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. В настоящее время количество оперативных вмешательств на органах брюшной полости в нашей республике с каждым годом увеличивается и уже превысило 50000. Исходя из этого, а также по другим причинам с каждым годом увеличивается число операций по поводу послеоперационных вентральных грыж. Несмотря на внедрение ненапряжных методов пластики, а также использование синтетических пластических материалов, тенденции к уменьшению рецидивов не наблюдается.

Цель исследования. Определить последовательность и объем оперативных вмешательств, и установить наиболее рациональные способы пластики передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы. Мы проанализировали ближайшие результаты лечения послеоперационных вентральных грыж 98 пациентов, находившихся на лечении в клинике в период 2016-2021 годов. Среди них преобладали женщины - 63 (%) над мужчинами - 35 (%) .По локализации грыжи возникали после верхнесрединной лапаротомии у 47 больного, после нижнесрединной у 20, верхненижнесрединная лапаротомия – у 11. Боковая локализации грыж отмечена в 9 случаях. Две локализации грыжи имели место у 7 человек. Достаточно большое количество пациентов (44) были ранее оперированы (37,2 %) по поводу послеоперационных вентральных грыж, причем 12 - дважды, а 4 по 6-3 раза. Ранее у них применялась пластика грыжевых ворот местными тканями (по Сапезко или Мейо), в трех случаях была произведена пластика сетчатым трансплантатом .Отягощающим фактором было сопутствующее ожирение разной степени выраженности, что имело место у 16 (%) пациентов.

Результаты исследования. Все 98 пациентов подвергнуты повторному 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. Начинали операцию с иссечения старого послеоперационного рубца. У 16 пациентов с ожирением и отвислым животом первым этапом операции была дермолипэктомия . У этих пациентов при наличии срединных грыж разрез производился по типу « мерседес ». Грыжевой мешок в большинстве случаев выделялся и удалялся. Однако у трех человек в результате длительного грыженосительства он становился утолщенным и очень

плотным. Поэтому он иссекался частично, оставшаяся часть использовалась при пластике для укрепления брюшной стенки.

После иссечения грыжевого мешка выполнили ревизию апоневроза, при этом у 38 (32,2 %) были обнаружены дополнительные дефекты в апоневрозе (d 1-2 см), которые не определялись до операции . Эти дефекты соединялись с основным, что привело к тому , что у 70 человек имелись дефекты более 10 см по длиннику, что позволило данный доступ квалифицировать как герниолапаротомию. У отдельных пациентов с ожирением (14 человек , 11,8 %) с целью увеличения объема брюшной полости и уменьшения натяжения тканей при пластике выполнено частичное или полное удаление большого сальника. Выбор метода пластики зависел от размеров дефекта апоневрозе, состояния самого апоневроза и прилежащих мышц.

В настоящее время при рецидивных, особенно при повторно рецидивных, грыжах, мы отдаем предпочтение ненапряжным или смешанным способам пластики сетчатым трансплантатом, что было нами использовано во время 16 операций. У 30 были применены аутодермальная пластика разработанная нами способом. При этом у 10 человек мы усовершенствовали наиболее распространенный способ пластики (по Сапежко) путем дополнительного расположения сетки между полами апоневроза и сшивания ее и апоневроза П - образными швами с дополнительным укреплением за счет сшивания верхней полы апоневроза с передним листком влагалища левой прямой мышцы живота (Патент №3321 ПВ РУз от 27.11.95 г.),. У 16 пациентов пластика брюшной стенки производилась также сетчатым имплантом, но он располагался по методу « in lay ». Небольшие дефекты апоневроза (менее 5 см) ушивались по способам Сапежко (8) или Мейо (4), или местными тканями (4). При вентральных грыжах боковых стенок живота пластика выполнялась местными тканями и во всех случаях дополнялась полипропиленовой сеткой, которая располагалась « in lay ». Разного рода симультанные операции произведены у 29 человек (24,6 %). Наряду с грыжесечением выполнялись : холецистэктомия (16) ,еюноилеошунтирование (3), вертикальная гастропластика (2), другие операции (8). Послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде не было.

Выводы. У всех пациентов с послеоперационными вентральными грыжами необходимо иссекать послеоперационный рубец, при среднесрединных грыжах желательно вместе с пупком. У пациентов с ожирением целесообразно выполнять дермолипэктомию. Последовательность выполнения этапов операции включает иссечение послеоперационного рубца, герниолатаротомию, удаление грыжевого мешка, ревизию апоневроза передней брюшной стенки, частичную или полную резекцию сальника, выбор адекватного способа пластики. При рецидивных грыжах и при больших дефектах в апоневрозе (более 5 см) необходимо использовать ненапряжные способы пластики вместе с сетчатым аллотрансплантатом или аутодермальной пластикой. Наиболее приемлемым может быть усовершенствованный нами способ пластики.

ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Назирхужаев Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на органах брюшной полости частота послеоперационных вентральных грыж возросла в 9 раз, что составляет 5-14%. В последнее время неуклонное развитие современных технологий в оперативном лечении послеоперационных вентральных грыж привело к разработке и применению различных вариантов их хирургической

коррекции. Несмотря на это и при наличии многочисленных описаний разных способов размещения протеза при аллопластике грыжи отсутствуют четкие показания к их применению и единое мнение о предпочтении расположения имплантата в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Оценить результаты различных способов аллопластики для разработки системы оптимизации хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института за период с 2010 по 2021 г прооперировано 863 пациента с послеоперационными вентральными грыж (291 мужчина и 572 женщины). Возраст больных - от 20 до 83 лет (средний возраст - $51,5 \pm 2,5$ года). Малые грыжи отмечены у 233 человек (27%), средние - у 302 (35%), большие - у 190 (22%), гигантские - у 138 (16%). Рецидив грыжи возник у 349 человек (40,4%). Грыжи были преимущественно срединной локализации - у 702 больных (81,3%), невправимые - у 472 (54,7%). Большинство пациентов имели сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистую патологию - 366 (42,4%), легочную - 134 (15,5%), ожирение — 395 (45,7%), сахарный диабет - 121 (14,02%).

При решении вопроса о показаниях к тому или иному способу размещения полипропиленовых сеток при аллопластике мы придерживались следующих принципов: 1) полипропиленовая сетка не должна контактировать с внутренними органами; 2) сетка должна быть надежно фиксирована; 3) нежелательной соприкосновение протеза с подкожной жировой клетчаткой; 4) оптимальные размеры протеза (отступ от линии швов апоневроза - на 6 см во все стороны); 5) адекватное дренирование раны в области размещения протеза; 6) аллопластика не должна повышать травматичность и увеличивать время операции.

У 603 пациентов (69,8%), преимущественно с большими и гигантскими грыжами, абдоминопластика выполнена с помощью полипропиленовой сетки. Использовались сетки отечественного («Линтекс») и импортного («Этикон») производства. Имплантат располагался: у 195 (32,3%) - on lay, у 408 (67,7%) - sub lay.

Способ sub lay применен у большинства больных. С целью более надежной фиксации сетки к апоневрозу данный способ выполняли по усовершенствованной методике. После мобилизации брюшины и ее ушивания выкраивали полипропиленовую сетку с учетом величины грыжевых ворот: она закрывала на 6 см со всех сторон линию сшитых между собой краев апоневроза. Большое значение придавали равномерному натяжению сетки по периметру раны. Для этого ее предварительно по периметру прошивали П-образными швами полипропиленовой нитью 1,0. Ширина захвата сетки нитью - 1,0-1,5 см, отступ от ее края - 0,7-1,0 см. Оба конца нити брали на отдельный зажим. Зажимы распределяли на 4 группы по 1/4 окружности сетки. После этого имплантат помещали на ушитую брюшину, края его подвели под мышечно-апоневротический слой. Каждой из предварительно проведенных через сетку нитей прошивали апоневроз, отступив на 5 см от его краев, нити завязывали. Прошивание апоневроза проводили с нижнего угла раны до середины его полуокружности, затем швы накладывали с верхнего угла той же стороны. Другую сторону сетки фиксировали в той же последовательности. Это дает возможность равномерно распределить сетку по периметру апоневроза. После этого края апоневроза сближали узловыми швами.

При выборе размера имплантата мы ориентировались на величину дефекта и состояние тканей передней брюшной стенки. Чаще использовали протезы размерами 15x10 см. Максимальные размеры имплантата составляли 30x30 см. При больших и гигантских вентральных грыжах свести края грыжевых ворот без натяжения тканей удается редко. В этих случаях мы ушивали дефекты брюшной стенки лишь частично до ощущения натяжения швов.

У пациентов с выраженным подкожно-жировым слоем при большой отслойке клетчатки после ушивания раны образуются замкнутые полости, в которых могут скапливаться кровь и серозное отделяемое, что требует дренирования и эвакуации содержимого. Для ликвидации этих полостей мы накладывали П-образные амортизирующие швы перпендикулярно оси раны через кожу и подкожную клетчатку с отступом от края кожной раны на 5-7 см, нити завязывали на марлевых шариках. Таким образом, удается сблизить подкожную клетчатку, ликвидировать в ней полости и предупредить прорезывание подкожных швов. Эта методика применена у 104 больных (17,3%), оперированных с использованием полипропиленовой сетки.

Рану дренировали у 487 пациентов (80,7%), используя активное дренирование раны по Редону. У 239 человек (39,6%) дренаж помещали у места расположения протеза. Средняя длительность нахождения дренажа в ране составляла 4-5 сут. Введение антибиотиков широкого спектра действия начинали до операции и продолжали в течение 3-4 сут после нее.

Результаты и обсуждение. Ни один из используемых способов аллопластики не является универсальным. Каждый вариант размещения имплантата имеет свои показания и противопоказания для применения. Мы провели анализ осложнений, развившихся после операций аллопластики ПОВГ. Из 1195 больных, у которых полипропиленовая сетка размещалась над ушитыми грыжевыми воротами (способ on lay), осложнения в ране развились у 23 человек (22,1%). Применение этого способа требует обнажения апоневроза на значительном протяжении с отделением подкожно-жировой клетчатки и пересечением большого количества лимфатических и кровеносных сосудов. При этом полипропиленовая сетка контактирует всей поверхностью с подкожно-жировой клетчаткой. Это создает благоприятные условия для развития сером в ране, которые возникли у 13 больных (12,5%). Для их ликвидации использовали пункции под контролем УЗИ. Некроз кожи возник у 4 пациентов (3,8%), нагноение раны - тоже у 4 (3,8%). Острая кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, наблюдалась у 2 больных.

Способ sub lay применен у 408 больных. Полипропиленовые протезы размещали над ушитой брюшиной в предбрюшинной клетчатке под ушитыми грыжевыми воротами. При отсутствии возможности отделить брюшину из-за рубцовых изменений сетку размещали интраабдоминально, отграничив от брюшной полости большим сальником. Общее число осложнений - 31 (7,6%). Острая кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии, развилась у 2 больных (0,5%), ограниченный некроз кожи - у 7 (1,7%), нагноение раны - у 5 (1,2%). Образование сером, потребовавших пункций под контролем УЗИ, наблюдалось у 15 больных (3,6%). Умерла 1 больная (0,24%) 76 лет от острой сердечно-сосудистой недостаточности и 1 больная (0,24%) 64 лет - от тромбоза легочной артерии. Рецидив заболевания в течение 5 лет после аллопластики наблюдался у 8 пациентов (2,8%), оперированных по методике sub lay, у 8 (7,8%) - on lay. До сих пор пользуются бандажем 45 пациентов (34%). Наилучшее качество жизни отмечают больные, которым выполнена пластика брюшной стенки способом sub lay.

Выводы. Выбор метода аллопластики требует индивидуального подхода. Наилучшие непосредственные и отдаленные результаты дает аллопластика по способу sub lay. Показания к наапоневротическому размещению протеза (способ on lay) должны быть ограничены, способ может применяться лишь при небольших размерах протеза.

Ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде дает возможность своевременно выявлять и эвакуировать серомы, а в случае их инфицирования — выполнять санацию.

**РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В FAST TRASK
SURGERY (ХИРУРГИИ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ) ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.**

Джумабаев Э. С., Мирзаев К. К.

Андижанский государственный медицинский институт (АГМИ)

Актуальностью. Сегодня огнестрельная травма, является проблемой не только военной медицины, но и гражданского здравоохранения. В начале XXI тысячелетия, в мире отмечен рост числа огнестрельных ранений среди мирного населения городов и населенных пунктов, при этом не редко имеет место массовый характер поступления пострадавших. Эти обстоятельства требуют совершенствования военно-полевой доктрины, в том числе и по оказанию медицинской помощи раненым с огнестрельными повреждениями конечностей.

Цель. Экспериментальное обоснование и внедрение методов региональной лимфатической терапии в лечение огнестрельных повреждений конечностей.

Материалы и методы. Кафедра госпитальной и факультетской хирургии Андижанского государственного медицинского института, располагает опытом лечения 169 пострадавших с огнестрельными ранениями конечностей. Для обоснования использования региональной лимфатической терапии, проведены экспериментальные исследования на животных, с моделью огнестрельной раны конечности, и изучением данных электронной микроскопии, а так же фармакокинетики антибиотиков.

Результаты. Огнестрельная рана, в ранние сроки после нанесения ранения, сопровождается выраженной отечностью интерстициального пространства, с накоплением большого количества микробов и продуктов некролиза в межклеточном пространстве и регионарных лимфатических узлах, что препятствует быстрому заживлению ран и сопровождается осложнениями. Применение региональной лимфатической терапии, способствовало скорейшему более физиологическому ремоделированию огнестрельных ран и уменьшению осложнений.

Заключение...Возможность ранней доставки пострадавших на этап специализированной медицинской помощи, позволяет усовершенствовать подходы к лечению огнестрельных ранений конечностей. Использование рациональной лимфотропной антибиотикотерапии с региональной лимфостимуляцией, в комплексном усовершенствованном лечении ранений конечностей, способствует снижению количества осложнений.

Ключевые слова: огнестрельные ранения, военно-городская хирургия, лимфатическая терапия, электронная микроскопия огнестрельной травмы, фармакокинетика антибиотиков при огнестрельных ранениях.

**ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ЗНАЧЕНИЕ ПРИКЛАДНОЙ
ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняют 234 млн. обширных оперативных вмешательств, серьезные осложнения развиваются в 3-16% случаев, показатели стойкой нетрудоспособности или смертности составляют 0,4-0,8%, а в развивающихся странах: 5-10% [1]. Не принесла ожидаемых результатов и так называемая Fast Trask Surgery, направленная на уменьшение осложнений и быструю

реабилитацию пациентов, за счет использования современных малоинвазивных технологий и прогрессивной реанимации. Наряду с этим, в специальной литературе отсутствует систематизированная форма выявления и учета послеоперационных осложнений как, впрочем, и упорядоченная общепринятая классификация хирургических осложнений, в системе здравоохранения, что не позволяет своевременно выявлять и корригировать осложнения возникающие на ультраструктурном уровне в раннем послеоперационном периоде. Существующие классификации послеоперационных осложнений в специальностях «кардиохирургия», «легочная хирургия», при абдоминальной травме, а так же недавно предложенные, международные и российская редакции классификаций осложнений в хирургии[5], представляющих собой комбинацию двух систем оценки: классификации интраоперационных неблагоприятных инцидентов по R. Satava и модификации классификации послеоперационных осложнений Clavien-Dindo, Occordion, к сожалению не отражают весь спектр патологических процессов развивающихся на самых ранних стадиях послеоперационного периода в интерстициальном пространстве и лимфатической системе области хирургического вмешательства, в значительной степени предопределяющих исход хирургического лечения.

Цель работы. Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике и лечении.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение состояния интерстициальной ткани зоны операционного вмешательства, микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний и выполнения хирургических вмешательств. Клинические наблюдения охватывают более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через посткапиллярные венулы. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, чрезмерного отека и так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений в виде дискинезии полых органов, инфильтратов, анастомозитов, несостоятельности швов, гнойно-септических процессов и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде.

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии, (патент СССР № 365\98), лимфогенной гистореанимации (патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию.

Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У Джумабаев 1980).

Результаты клинических и экспериментальных исследований показали, что метод локальной лимфогенной гистореанимации достоверно улучшает дренаж и микроциркуляцию тканей, нормализует местный иммунологический гомеостаз, позволяет быстрее выводить из состояния «шока» и парабиоза оперированные ткани и органы. Использование региональной лимфотропной антибиотикотерапии позволяет создавать в тканях, центральной лимфе и крови длительно удерживающиеся, терапевтические концентрации антибиотиков при использовании их доз в 3-4 раза ниже общепринятых.

С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфатической терапии в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,2-1,5 раза, уменьшение количества инъекций в 2-3 раза, сокращение сроков лечения на 10-25% и расходов на стационарное лечение на 25-40%.

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОГЕННОЙ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ XXI ВЕКА- Fast Trask Surgery (хирургия быстрой реабилитации).

*Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г.,
Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.
Андижанский медицинский институт.*

Цель работы: Изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены совместно с патологоанатомической лабораторией ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», под руководством профессора И.М.Байбекова, на уровне электронной микроскопии, включающие изучение микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний, а так же клинические наблюдения охватывающие более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты. Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что не редко, хирургические вмешательства сопровождаются отсутствием

адекватной адаптации тканей к операционной агрессии, особенно в условиях неблагоприятного преморбидного состояния, в результате острой и хронической хирургической патологии. Развивается, так называемая, картина «шоковой ткани» или «шокового органа», парабиоза и некробиоза тканей, обусловленных избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интерстициальном пространстве. Не редко, это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа, который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него, через посткапиллярные венулы. Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим развитием ранних послеоперационных осложнений и фиброза тканей. Существующие методы «общей» реанимации не всегда эффективны. Пораженные ткани остаются без должного реанимационного пособия, в результате развивающегося, так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнений и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде..

Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии (патент СССР № 365\98, патент РУз. 3234), включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию. Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования. При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (С.У Джумабаев 1980).

Выводы. Используемые методы способствуют уменьшению развития гнойно-септических осложнений и «болезней оперированных органов», в 2-4 раза и обладают существенной фармакоэкономической составляющей, за счет снижения расхода медикаментов на 30-50%. Все это способствует более быстрой и благоприятной ранней и отдаленной реабилитации оперированных больных, по сравнению с традиционным ведением послеоперационного периода.

ЎСМИРЛАРДА МИОПИЯНИ ЁШАРИШ САБАБЛАРИ

*Жалолиддинов Д.Л, Икромов А.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Миопия – бу кўриш дефекти бўлиб, узокни яхши кўра олмайди, лекин яқинни яхши кўради. Соғлом одамда кўз оптик қисмидан ўтган нур тўр пардада фокус (жамланиш) ҳосил қилади. Миопияда эса тўр пардадан олдинда фокусланади. Бунинг асосида икки ҳолат ётади. Миопия касаллиги 21 аср ва уни болалар ўртасида кенг тарқалиши ва ёшариши ҳозирги замон офтальмологиясининг долзарб муаммоларига айланаиб бормоқда.

Касалликни ўрганишдан мақсадимиз. Болаларда ва ўсмирларда миопия касаллигини ёшаришига сабаб бўлувчи омилларни ва касалликни клиник кечишини ўрганиш.

Материал ва методлари. Касалликни ёшариши ва келиб чиқарувчи сабабларини ўрганиш учун биз Андижон вилоят болалар шифохонаси кўз касалликлари бўлимининг 2019-2020 йиллардаги бемор болалардан 100 та касаллик тарихини ўрганиб чиқдик.

Натижа. Андижон вилоят болалар клиник шифохонаси кўз касалликлар бўлимида 100 та бемор бола (200 кўз) 19 ёшгача ажиратиб олинди; шулардан 88 тасида бирламчи кўрик ва текширув давомида ривожланиб борувчи миопиянинг юкори даражаси аниқланди.

Ривожланиб борувчи миопия билан оғриган болалар 1,700 - 2,500 кг да туғилганлар. Бу Е.Новиков (1971) синфланиши бўйича чала туғилишнинг 1-чи даражаси дейилади. Биз касаллик тарихини миопияни даражасига қараб 3 та гуруҳга бўлдик. 1) Миопия – 3дан - 6 дптргача 16 кўз; 2) - 7 дан - 10 дптргача – 66 кўз; - 11 дан - 14 дптргача 44 кўз; 3) - 14 дптрдан юкори 12 кўз. Бизни қизиқтирган нарса шуки, 10 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларда касалликни бирламчи белгилари бу бош оғриши, кўзнинг толикиши, қизариши, ёшлашиши каби симптомлар аниқланган. Бу ўз вақтида компьютер ва кўриш синдромига хос симптомлар эканлиги бизга маълум. Болалар объектив кўрилганда қорачиғни ёруғликга сезувчанлигини пастлиги, баъзан олд бўлманинг саёзлиги кузатилган. Бу болалар асосан кўп вақтини компьютер экрани олдида ўтириши, сенсорли мобил алоқа воситаларини мунтазам ўйнаганликлари аниқланди.

Миопиянинг тарқалиши Ўзбекистонда туғма миопия -1%, мактабгача – 1-3,2%, кичик синфдаги мактаб болалари – 6-8%, катта синфдаги мактаб болалари– 25-30% , лицей и гимназия битирувчилари – 50%. Андижон шаҳрида миопияни тарқалиши 42 % ўғил болаларда ва 58 % қиз болаларни ташкил этади.(Г.Маматходжаева статистик текширувлари).

Юкоридан кўришиб турибдики, юкори синфдаги мактаб болалари ва лицей и гимназия битирувчиларида касаллик нисбатан кўпрок аниқланади.

Хулоса: Хулоса қилиб касалликнинг келиб чикиши ва ёшаришига сабаб бўлувчи омилларга қуйидагиларни киритиш мумкин. Демак,
-Болаларни тўғри ўтириб дарс тайёрламаслиги, ёритиш мосламаларини меёрида бўлмаслиги.

-Телевизор ва компьютер олдида узоқ вақт ўтириши, сенсорли мобил алоқа воситаларини мунтазам ўйнаши, дам олиш режимини бузилиши.

- Овқатланиш рационини тўғри ташкил этилмаслиги болаларда кўриш ўткирлигини секин аста пасайиб бориши орттирилган миопиянинг кўпайиши ва ёшаришига сабаб бўлади.

ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЯ СЕТЧАТКИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ЛЮБЕРРИНА

Т.Ж.Усманова.

Анд Гос МИ курс офтальмология ФУВ

Актуальная проблема в офтальмологии настоящее время является дистрофия сетчатки (ДС). Это связано с прогрессирующим ростом заболеваемости данной патологии.

Нормальный зрительный акт сопровождается образованием друз и выведением их клетками пигментного эпителия. Главными компонентами сетчатки являются лютеин, цинк и зеаксантин.

Селективном накоплении лютеина и цинка в сетчатки свидетельствуют о том, что обе эти субстанции выполняют особые функции в органе зрения. Каротиноиды защищают глаз от попадания света. Они действуют как светофильтры и поглощают до 40% проникающего света до того момента, пока свет достигнет сетчатки.

Клинически доказано, что прием ЛЮБЕРРИНА приводит к достоверному увеличению плотности пигментного эпителия сетчатки, что необходимо для лечения и

профилактики ДС. В состав ЛЮБЕРРИН входят витамин состав В, А.С.Е, цинк и таурин в необходимых концентрациях. В многоцентровом исследовании доказано, что курсовой прием комбинации слезовит с лютеина и антиоксидантов с доказана, может значительно увеличивать оптическую плотность пигмента сетчатки.

На кафедре офтальмологии ФУВ АГМИ на протяжении более 1 го года ЛЮБЕРРИН успешно используется у пациентов с различной офтальмологи ческой патологией.

Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности ЛЮБЕРРИН у больных с начальной формой дистрофии сетчатки.

Материал и методы. Под нашим наблюдением на протяжении 1 ного года находилось 123 больных (80 женщины и 43 мужчины) в возрасте 18-56 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа - контрольная - 75 человек с различной этиологии дистрофии сетчатки, которые по различным причинам в течение 6 месяцев не получали никакой специфической терапии. Вторую группу составили 48 человек, которые в течение 10 дней получали курс стандартной консервативной поддерживающей терапии каждый 6 месяцев: п/б инъекции эмоксипина, трентала, в/м инъекции витаминов группы В, никотиновой кислоты, милдроната. После окончания курса лечения больные этой группы назначена ЛЮБЕРРИН по 1 капсулы 1 раза в день в течение 1 месяцев.

Использовались стандартные офтальмологические методы: визометрия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия, исследование сетчатки с помощью Фундус камерой. Исследования проводились до начала лечения и через 3 месяцев.

Результаты проведенного исследования. Среди исследуемых показателей функционального состояния органа зрения наибольшая динамика отмечена со стороны остроты и поля зрения. О динамике со сторне сетчатки судили на основании данных Фундус камеры. До начала лечения у больных 1-2 групп выявлено выпадение поля зрения на $32\pm 6\%$.

У пациентов первой (контрольной) группы отмечено прогрессивное ухудшение показателей поля зрения (центральной и парацентральной скотомы) на протяжении всего периода исследования

У пациентов второй группы после проведения курса лечения выявлялось незначительное уменьшение центральной скотомы. В течение всего периода исследования у большинства пациентов отмечалась стабилизация поля зрения, а у части больных отмечено уменьшение центральной скотомы.

Выводы:

1. Применение препарат ЛЮБЕРРИН у пациентов с начальной дистрофии сетчатки в составе комплексной медикаментозной терапии в течение 3 месяцев приводит к стабилизации зрительных функций.
2. Применение препарат ЛЮБЕРРИН в течение 3 месяцев у пациентов с дистрофии сетчатки приводит к достоверному уменьшению центральной скотомы, стабилизации зрительных функций.
3. Препарат ЛЮБЕРРИН можно рекомендовать больным начальной формой дистрофии сетчатки, миопической хориоретините, макулодистрофии, как эффективное средство, улучшающей зрительных функций больных. Применять препарат ЛЮБЕРРИН следует по 1 капсулы 1 раза в день курсами длительностью не менее 3 месяцев.

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРМЕТРОПИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т.Ж.Усманова.
Курс офтальмологии ФУВ

Цель. Под наблюдением в течение 3 лет в областной офтальмологической больнице и в глазном отделении Андижанской детской клинической больнице находилось 110 (120 глаз) дети до 14 лет; у 85 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степени гиперметропии.

Гиперметропические дети при рождении имели вес 1,400 - 2,700 г, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относились ко 1 – ой степени недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 - до 3 год; от 3 –до 6 лет – 4 детей.

По степени гиперметропии глаза наблюдающихся нами детей можно выделить на три группы: гиперметропия от 3 до 5 дптр 56 глаз; от 6 до 9 дптр – 36 глаз; от 11 до 14 дптр 44 глаз; больше 14 дптр 12 глаз.

Из других особенностей гиперметропических детей до 14 лет отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передняя камера, обесцвеченности глазного дна и анизометропия. Глазная яблока по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 22-24 мм но его тонус был нормальным и склера была безизменения.

С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаза. Коррекцию гиперметропии начинали с 4-6 летнего возраста. Наши наблюдения показали, что острота зрения с очками у детей постепенно улучшилась. Каждые 6 месяцев мы проводили атропинизации. Глазная яблока при внешнем осмотре по размерам соответствовало росту ребенка.

Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основных симптоматики гиперметропии в ранние сроки обследования, педиатром отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглобина. Постепенно все эти изменения исчезали.

Таким образом, результаты наблюдений за детьми дошкольного возраста города Андижана свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе врожденной высокой гиперметропии.

ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ БЛИЗОРУКОСТЬ У ДЕТЕЙ

Д.Л.Жалолитдинов, А.Ф. Икрамов
Андижанский Государственный Медицинский институт

Цель. Изучить развитие и течение прогрессирующей близорукости у детей

Материалы и методы. Для изучения частоты и структуры прогрессирующей миопия у детей Андижанской детской клинической больницы за год. Всего было обработано 100 амбулаторных карты.

Результаты и их обсуждение. В отделении Андижанской детской клинической больницы находилось 100 (200 глаз) дети до 12 лет с миопии; у 52 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степени близорукости. Близорукие дети при рождении имели вес 1,800 - 2,600 г, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относились ко 1 – ой степени

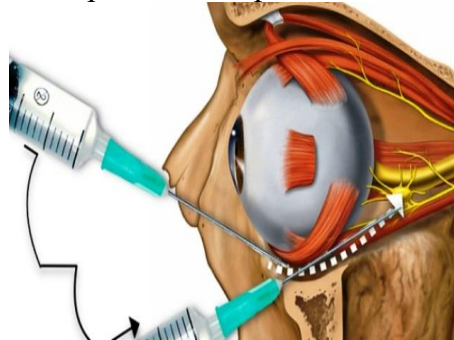
недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 - до 3 год; от 3 –до 6 лет – 4 детей. По степени близорукости глаза наблюдающихся нами детей можно выделить на три группы: близорукость от 3 до 6 дптр 36 глаз; от 7 до 10 дптр – 50 глаз; от 11 до 14 дптр 12 глаз; больше 14 дптр 6 глаз. Из других особенностей близоруких детей до 14 лет отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передняя камера, обесцвеченности глазного дна и анизометропия. Глазная яблока по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 24-28 мм но его тонус был сниженным и склера была с синеватым оттенком. С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаза. Коррекцию близорукости мы начинали с 4-6 летнего возраста. Наши наблюдения показали, что острота зрения с очками у детей постепенно улучшилась. Каждые 6 месяц мы проводили атропинизации. Глазная яблока при внешнем осмотре по размером соответствовало росту ребенка. Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основных симптоматики близорукости в ранние сроки обследования, педиатром отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглабина. Постепенно все эти изменения исчезали.

Выводы. результаты наблюдений за детьми дошкольного и школьного возраста города Андижана свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе прогрессирующей близорукости.

ЛИМФАТРОПНАЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ.

А.Ф.Икрамов, Д.Л. Жалолитдинов.
Андижанский Государственный Медицинский институт

Введение: Дистрофия сетчатки глаза -это серьезное заболевание, которое приводит к значительной потере зрения. Зачастую она развивается у людей, в анамнезе у которых имеется сахарный диабет, гипертония, атеросклероз, ожирение. Да, лишний вес и курение также являются факторами, влияющими на развитие дистрофии сетчатки. Сетчатка глаза – тончайшая оболочка, состоящая из нервных клеток. Она покрывает изнутри все глазное яблоко. Светочувствительные клетки ткани сетчатки занимаются преобразованием световых импульсов в электрические. Сегодня дистрофия сетчатки глаза – достаточно распространенное заболевание, так как процент дистрофия сетчатки глаза составляет не менее 40%. За последние 30 лет заболеваемость дистрофия сетчатки глаза выросла в 1,7 раз (с 25 до 45%). В таких странах, как США (41.6%) и странах Азии (Тайвань 90%, Сингапур 79,3%, Китай 95.5% среди студентов). Последнее время стало завоевывать лимфатическое введение лекарственных средств.



Цель работы: Изучить эффективность лимфотропной регионарной терапии у больных дистрофия сетчатки глаза

Материалы и методы: Лимфотропную терапию использовали 26 пациентов (52 глаз) с дистрофия сетчатки глаза

Результаты и обсуждение: После проведения лимфотропного лечения у пациентов с дистрофия сетчатки глаза отмечено повышение остроты зрения на 18 больных на 0.3-0.5. После проведенного лимфатпроного лечения больным назначена принимать таблетки которые улучшающие микроциркуляции сетчатки.

Вывод. Клинически подтверждено положительное влияние на зрительные функции метода лимфотропной лечения у больных дистрофия сетчатки глаза. При регулярном проведении курсов лечения (2 курса в год) стабильное острата зрения пациентов отмечается в 94,1 % случаев, повышение остроты зрения наблюдается в 58,1% случаев.

Литература:

- 1.Бородин Ю.И., Григорьев В.Н. Лимфатический узел при циркуляторных нарушениях.- Новосибирск: Наука. Сиб. отд.ние. 1986. –268 с.
- 2.Жданов Д.А. Общая анатомия и физиология лимфатической системы.Л.:Медгиз,1952.-336 с.

ПРИМЕНЕНИЯ КОРТЕКСИНА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ МИОПИЯ

Д.Л.Жалолитдинов, А.Ф.Икрамов.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Прогрессирующей близорукость болезнь, которой наблюдается снижение остроты зрения на 1 или больше диоптрию в год. Главный признак близорукости — ухудшение остроты зрения при попытке разглядеть расположенные вдали предметы, а то, что находится на близком расстоянии. Оно вытягивается по передне-задней оси, и такая деформация продолжает прогрессировать, несмотря на прилагаемые усилия к устранению провоцирующих факторов. Не обнаружить прогрессиру вание миопии во время, существует вероятность повреждения внутриглазных структур, прежде всего сетчатки. Она будет чрезмерно истончается, пока нагрузка не приведет к ее отслоению и разрыву

В основе методов лечения улучшение микроциркуляции, метаболических и обменных процессов в сетчатке и хориоидее. Препарат регулирует процессы метаболизма в сетчатке, стимулирует функции клеточных элементов сетчатки, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов при различной патологии сетчатки, усиливает активность ретинальных макрофагов. Под его воздействием значительно увеличивается экспрессия рецепторов на Т- и В-лимфоцитах, повышается фагоцитарная активность нейтрофилов. Проведен ряд исследований по применению кортексина при прогрессирующей, диабетических ретинопатиях, субатрофии диска зрительного нерва, тапеторетинальных абиотрофиях, глаукоме и т.д.

Целью нашей работы явилось определение клинической эффективности препарата ретиналамин при лечении различных форм МХ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось в течения 1 года 145 пациента (295 глаз) с прогрессирующей миопии в возрасте от 12 до 40 лет. Женщин было 55, мужчин - 90. Все пациенты разделены на 2 группы, идентичные по полу, возрасту, форме заболевания и общесоматическому статусу. В первую группу входило 70 пациентов (140 глаз), во вторую (основную) - 75 (150 глаз). Пациенты I группы получали стандартное медикаментозное лечение антиоксиданты, препараты улучшающие микроциркуляцию, витаминотерапию и т. д., пациенты II группы на фоне стандартного лечения получали инъекции кортексина. 10 мг кортексин разводили в 1,0 мл 2% раствора новокаина, вводили 1 раз в день парабульбарно утром, курс лечения 10 инъекции. Срок наблюдения составил 6 месяца. Из представленных данных видно, что при прогрессирующей миопии по данным остроты зрения положительная динамика наблюдалась преимущественно во второй группе.

Вывод:

1. Применение кортексина в комплексной терапии при прогрессирующей миопии способствует повышению остроты зрения, повышению световой чувствительности сетчатки.
2. Отсутствие положительной динамики через 6 месяца повторит курс лечения.

КОМПЛЕКСНОЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТЬ У ПОДРОСТКОВ

*Андижанский Государственный Медицинский институт
Жалолиддинов Д.Л.*

Введение: в настоящее время близорукость является актуальной проблемой современной офтальмологии. Широкая распространенность данного заболевания, склонность к прогрессирующему течению и формированию целого ряда осложнений, приводящих к слабозрению и инвалидности, определяют медико-социальную значимость миопической болезни. Высокая доля близорукости среди всей детской офтальмопатологии дают необходи-мость поиска новых и совершенствования имеющихся методов лечения для улучшения зрительных функций.

Цель: изучить эффективность комплексного лечения прогрессирующей близорукость у подростков.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 22 пациентов (44 глаз) в возрасте от 12 до 18 лет. Контрольная группа состояла из 10 пациентов (20 глаз), которым периодически закапывали мезатон 1%. Основная группа – 12 пациентов (24 глаз) с прогрессирующей близорукост, лечение которых включало нейропротекторы, сосудорасширяющие и витаминотерапия. Комплексное офтальмологическое обследование включало определение остроты зрения, рефрактометрия, офтальмоскопию, А- сканирование периметрию.

Результаты: При проведении комплексного лечения у подростков, страдающих прогрессирующей близорукостью, острота зрения вдаль без коррекции увеличилась в 2 раза (с $0,15 \pm 0,06$ до $0,3 \pm 0,04$). В контрольной группе положительной динамики не отмечалось. Резерв относительной аккомодации (РОА) на фоне комплексного лечения повысился на 1,4 дптр, и достиг возрастной нормы у 86% подростков. В контрольной группе РОА увеличился на 0,43 дптр, и достиг возрастной нормы у 28% подростков, что в 2,6 раза меньше показателей основной группы. В результате комплексного лечения в основной группе отмечалось улучшение всех гемодинамических показателей в 2 – 3,5 раза. Венозный отток до лечения был нарушен на 65-70%, после лечения – на 20 – 25%.

Выводы: Комплексное лечение является наиболее эффективным по сравнению с медикаментозными методами и позволяет достигнуть значительно лучших результатов.

КЎЗНИНГ ТЎР ПАРДАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ.

*Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов
Андижон Давлат Тиббиёт институти*

Замонавий офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг тўр пардасидаги барча бирламчи касалликларни вақтида диагностика қилиш ва ташхис қўйиш имконини берапти.

Мавзуни мақсади: Илмий текшириш ишларни олиб боришдан мақсад бирламчи беморлардан кўзнинг тўр пардасини Гониолинза ва оптикоконги рент томография орқали текшириб диагностика қилиш ва касалликни тўлиқ ўрганиш.

Материал ва методи: Шифохонага 2021 йилда келган беморлардан шикоят асосида бирламчи келган 200 та беморни ва диагностика мақсадида бирламчи 150 та беморни “Гониолинза” ва оптикоконгирент томография ёрдамида текширувидан ўтказилди. Текширув учун асосан тўр парда касалликларини келтириб чиқарувчи биологик ва социал факторлар, кандли диабет, хафакон касаллиги, коллогеноз касалликлари, туберкулез, ОИТС билан оғриган беморлар олинди. Беморлар текширувга тайёрлашда шикоят қилган кўзни кўриш ўткирлиги аниқланиб, кўз ички босими ўлчанади сўнгра қорачикни кенгайтириш мақсадида Мидральгин 1% ли томчиси томизилди ва 20 дақиқадан сўнг текширувга киритилди.

Натижа: Текширувдан ўтказилган беморларни 3 гуруҳга бўлдик:

1- гуруҳ. Бирламчи кўрув органида шикоят билан келган беморлар- 100 та ;

2-гуруҳ. Кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (диабетик ретинопатия, нейроретинопатия, гипертония, КНД атрофияси, тўр пардага кон куйилиши, тўр пардани кўчиши)- 145 та;

3-гуруҳ. Клиник рефракцияни ва бинокуляр кўришни бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) - 55 та

1- гуруҳда бирламчи текширувга келган беморлардан 36 тасида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар, 2 та беморда тўр парда ва сариқ доғ атрофида улкан хажмдаги кон куйилишлар аниқланди.

2-гуруҳда кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (кандли диабет, гипертония, тўр пардага кон куйилиши, тўр пардани кўчиши) - 135 та; Иккинчи гуруҳдаги беморларда асосан умумий касалликларнинг асорати сифатида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар келиб чиққан.

3-гуруҳ. Клиник рефракцияни ва бинокуляр кўришни бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) - 155 та. Шуларда 36 та беморда миопик хориоретинит турли ҳолатда, 9 та беморда экссудатив хориопатия, 10 та беморда дегенератив ўчоқлар аниқланди.

Хулоса: Беморларни офтальмолог кўригидан ўтказишда ва шикоятга асосан диагностик ва профилактик текширув мақсадида “Гониолинза” ва оптикоконгирент томография ёрдамида текширувидан ўтказиш энг яхши самара беради ва кўрув аъзолари фаолиятини сақлаб қолади ва турли асоратларни олдини олади.

НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМА

Т.Ж. Усманова

Андижон Давлат Тиббий институти

Мавзунинг долзарблиги. Неоваскуляр глаукомалар- (НГ) патогенези хали тўлиқ ўрганилмаган. Натижада касалликни диагностикаси ва даволашда патогенетик ёндашувга имкон бермайди. Неоваскуляр глаукома(НГ)га хос белгилар: кўздаги оғрик, кўздан ёш оқиши, кўришнинг ёмонлашганлиги, кўз сатҳида димланишли инъекция, шиш ҳисобидан хиралашган шох парда, саёз олд камера, ўртача катталашган ҳамда фотореакциясиз қорачиқ. Кўз ички босими юкори. Неоваскуляр глаукомалар(НГ)ни даволаш амалиёти 2 этапда амалга оширилади: консерватив(гипотензив терапия) ва оператив даво. Шу ўринда лазер жаррохлигини қўлланилиши ўзига хос хусусиятларга эга эканлигини эслатиб ўтиш лозим.

Материал ва методлари. Андижон вилоят кўз касалликлари да 2021 йилнинг 6 ойи давомида неоваскуляр глаукома(НГ) сабаби билан 8 беморга тиббий хизмат кўрсатилган. Жумладан 2 нафар эркак ва 6 нафар аёл бемор, аёллар кўпроқ- бу илмий

адабиётлардаги статистикага мос келади.
Ёшига кўра: 46-55 ёшдаги диабетик беморлар-4; 55-65 ёшдагилар-4; Аксарият беморлар касалликнинг 1-3 кунда мурожаат этишган.
Беморлар Андижон вилоят офталмология шифохонаси (АВОШ) стандарт текширувлардан ўтказилди. Гипотензив терапия адреноблокатор (тимолол 0,5%) қўллашдан иборат бўлди. Шифохонага ётқизиладиган беморларда хаста кўздаги КИБнинг ўртача кўрсаткичи-34,91 мм Нг уст (Маклаков тонометрида ўлчанганда). Жарроҳлик КИБнинг ўртача кўрсаткичи 18 мм Нг уст да амалга оширилган. Ўтказилган жарроҳлик амалиётининг турларига кўра: 4 ҳолатда оператив даво 2 консерватив даво ўтказилди. 2 та ҳолатда беморларда операциядан кейинги увеит ривожланиши билан боғлиқ даволаш жараёни сабали ўрин куни-7 кунни ташкил этди. Шифохонада 2021 йилнинг 6 ой даврида бажарилган неоваскуляр глаукомалар сабабли бажарилган амалиётлар улуши 2,68% ташкил этади.
Хулосалар. Неоваскуляр глаукомалар (НГ) офталмологлар учун долзарб мавзу сифатида ўз аҳамиятини сақламоқда. Стационаргача босқичда неоваскуляр глаукомани стандартлар асосида тўлиқ текширувини ташкил этиш ва бунда касалликнинг илк белгилари даврида эрта аниқлаш мукамал даволашнинг муҳим шартидир. Олд камера чуқурлиги, гавҳар қалинлиги ва ирисгавҳар диафрагмасининг ҳолати каби ўзгарувчан параметрларни баҳолашда замонавий текшириш усуллари (УБМ)дан кенг фойдаланиш зарур. Пировард мақсад неоваскуляр глаукома сони ва улар сабабли бажариладиган жарроҳлик сонини камайтириш .

ПОРАЖЕНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ ГЛАЗ ПРИ COVID-19

Андижанский Государственный Медицинский институт
М.Ш.Кодиров, Д.Л.Жалолитдинов

Коронавирусная инфекция (COVID-19) – инфекционное заболевание, вызываемое недавно обнаруженным коронавирусом. Сегодня имеются ограниченные доказательства связи COVID-19 и поражений сетчатки из-за разнообразия клинических проявлений и тяжести заболевания. Эти факторы обуславливают появление различных морфологических паттернов вовлечения в процесс конъюнктивы глаз. Британские ученые установили связь между воспалением глаз и коронавирусной инфекцией. Они считают, что боли в глазах следует признать одним из значимых симптомов раннего COVID-19. Результаты его опубликованы в журнале *BMJ Open Ophthalmology*.

Цель работы – определить ранних глазных симптомов и осложнения у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы. провели опрос среди пациентов с подтвержденным COVID-19 и составили перечень ранних симптомов заболевания. 23 участника опроса заполняли анкету, в которой оценивали свое состояние до и после начала болезни. Наиболее часто сообщаемыми симптомами COVID-19 были: покраснения конъюнктивы и зуд — 19 больных опрошенных, боли при движениях у 8 больных, внезапное снижение зрения до 0,01 — 0,02 и ниже 12 больных. Симптомы сохранялись до двух недель. Зделали визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, эхо- биометрия, тонометрия, ОКТ.

В ходе оптической когерентной томографии (ОКТ) отмечалось резкое отек, с перестраиваемым источником визуализировалась плакоидная гиперрефлективная полоса на уровне ганглиозных клеток. Диск зрительного нерва отекающий, границы ступованный, сосуды расширены.

Вывод: Сегодня имеются ограниченные доказательства связи COVID-19 и поражений конъюнктивы из-за разнообразия клинических проявлений и тяжести заболевания. Эти факторы обуславливают появление различных морфологических паттернов вовлечения в процесс сетчатки, считают авторы.

БАКТЕРИАЛ КОНЬЮНКТИВИТЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

*Андижон Давлат Тиббиёт институти
М.Ш. Кодиров , Д.Л.Жалолиддинов*

Офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг турли хилдаги сурункали ва юкумли касалликларини анъанавий усулларда даволашда кўпгина мувоффақиятларга эришмоқда.

Бактериал конъюктивит кейинги вақтларда жуда кўп тарқалиб, кўпроқ болаларда, касаллик узок давом этиши ва тез юкиши билан характерланыпти. Касаллик узок давом этмайди. Яллиғланиш асосан стафилакокк, стрептакокк, микобактериялар таъсири остида пайдо булади.

Яллиғланиш холатини юзага келишида микробиологик омилни устиворлиги инобатга олиниб, бактерияга қарши ва бактерияга қарши дори воситаларига алоҳида эътибор берилади.

Маълумки бактерияга қарши дори воситаларини нафақат бактерияга балки яллиғланишга қарши самараси бор.

Олиб борилган кузатишлардан мақсад даволаш жараёнида бемор кўзидаги бактериал конъюктивитни АЙФЛОКС (Ципрофлакцасин 0,3%) кўз томчисини кўллаш натижаларини кузатиш.

Материал ва услублар. Шифохонада 2 ой давомида 47 амбулатор бемор бактериал конъюктивит билан кўриқдан ўтган ва назоратга олинган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиб даволанди. 1 гуруҳдаги 27 та бемор бактериал конъюктивитни анъанавий даволаш усуллари билан ва иккинчи гуруҳдаги 50 та беморга айфлоркс препарати билан даволанди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик 10- 15 кун давом этди, иккинчи гуруҳдаги беморларда касаллик 6-8 кун давом этди.

Натижа олинган кўрсаткичлар тахлили иккала гуруҳда ҳам касалликни чакирувчиси турли хил бактериялар, касалликни клиник кечиши бир хил, лекин даволаниш давомидаги натижа хар хил.

1. Биринчи гуруҳдаги 27 та бактериал конъюктивит билан оғриган беморни анъанавий дори воситалари билан даволанди. Ўртача даволаниш 10-15 кунни ташкил этди.

2. Иккинчи гуруҳдаги 20 та бактериал конъюктивит билан оғриган беморни айфлоркс препарати билан даволанди. Ўртача даволаниш 6-8 кунни ташкил этди. Кўриш ўткирлиги 1,0.

Муҳокама. Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, турли хилдаги кўздаги вирусларга қарши тез ва самарали даволаш учун айфлорксни тавсия этиш касалликни узок давом этиши ва асоратларни олдини олади.

Хулоса.

1. Бактериал конъюктивитларда айфлоркс препаратини кўллаш кўзда оддий мухитни яратишга имкон беради.

2. Айфлоркс препарати кўздаги иммунитетни кучайтиради ва эпителизацияни яхшилайдди, иккиламчи яллиғланишни олдини олади.

ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ (ЛТТ) ПРИ СИНДРОМА
СУХОГО ГЛАЗА.

*Андижанский Государственный Медицинский институт
Усманова Т.Ж.*

Введение. Синдром сухого глаза (ССГ), или сухой кератоконъюнктивит – заболевание, сопровождающееся дискомфортом, зрительными нарушениями и повреждением поверхностных структур глаза вследствие нарушения стабильности прероговичной слезной пленки.

Цель: изучить эффективность лимфотропной терапии (ЛТТ) в комплексном лечении при ССГ.

Материалы и методы. Лимфотропную терапию использовали при лечении 26 пациентов (52 глаз) с ССГ: 11 мужчин, 15 женщины) среднего возраста (мужчины от 20 до 40 лет, женщины от 18 до 60 лет).

Таким образом, у всех больных ССГ включенных в исследование, было зафиксировано снижение функциональных тестов слезопродукции, гемодинамических показателей большой слезной железы и бульбарной конъюнктивы, интегрального коэффициента муцинпродуцирующей активности эпителиальной выстилки конъюнктивы, а также достоверное повышение показателя тканевой энтропии конъюнктивы, сравнительно с показателями здоровых добровольцев той же возрастной группы. Всем им проводилась изолированная слезозаместительная терапия. Больные 2-й группы (15 человек; 30 глаза) помимо слезозамещения получали традиционную терапию. Больным 3-й группы (11 человек; 22 глаза) проводили слезозамещение и лимфотропную терапию. Для проведения слезозаместительной терапии нами был выбран препарат Катионорм без консерванта, которое защищает от уменьшения испарения, длительно удерживая влагу, способствует восстановлению слоев слезной пленки, длительно удерживая влагу. Как следует из приведенных данных, у пациентов, получавших слезозамещение и лимфотропную терапию, на 9-е сутки наблюдения отмечалось достоверно более выраженное уменьшение показателя субъективного дискомфорта, чем у больных 1-й группы ($p < 0,01$) и пациентов 2-й группы ($p < 0,05$). Также у пациентов 3-й группы отмечалась более выраженная, чем во 2-й группе, повышение суммарной слезопродукции

Вывод: По нашему мнению, вышеуказанный эффект был связан с достоверно более выраженным влиянием лимфотропной терапии на гемодинамические показатели слезопродуцирующих органов (большой слезной железы и добавочных слезных желез конъюнктивы глазной поверхности).

Приведенные факты позволяют рекомендовать включение лимфотропного введения смеси лекарственных препаратов (лидокаин + трентал) в комплексную терапию ССГ у больных с наличием хронического глазного ишемического синдрома дополнительно к слезозамещению препаратами искусственной слезы.

ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ АНЕМИЯСИДА МЕДАНИ ЭКСКРЕТОР
БЕЗЛАРИ ФУНКЦИЯСИГА ТАСИРИ

*Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Абдуфаттоев Д.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Актуальность: Сурункали темир етишмовчилиги анемияси эссенцеал микроэлементлар хисобидан булиб купинча ички азоларни хар хил даражадаги шикастланиши билан кечади. Беморлардаги темир етишмовчилиги камконлигида умумий хасталиклар ичида вицерал хасталиклар жуда ката уринни эгаллайди. Бу курсаткич хаёт тарзига тасир килиб, беморларда социал мослашишни пасайтиради, аклий ва жисмоний риволанишни секинлаштиради. Бу холат инсонларни айни ишга яроклик даврларида булгани, купрок аёлларда 92% ни ташкил этиб, аёлларни айнан тугрик ёшларига тугри келади. Купгина адабиётларда келтиришича темир танкислиги камконлиги ички азоларга хар хил тасир килиб купрок юрак, жигар, мия фаолияти, иммун система ва б.к. системаларни иш фаолиятига салбий тасир килади. Бу мураккаб тизимни чукуррок этибор бериб темир танкислиги камконлиги вицерал азоларга тасирини функционал ва морфологик жихатларини урганишни талаб этади. Хозиргача ананавий усулларда темир танкислиги камконлиги вицерал генезида гемик тукима гипоксияси, липидларда оксидланишни ортиши билан кечишида, эритроцитларни ва ферментлар активлигига салбий тасирини урганиб келинган.

Материал ва методлари. Бу холатда медани шиллик каватини урганишга ката этибор беришни максад килиб олдик, сабаби меда эпителийси тезпролиферацияга учрайдиган хужайра булиб, унга доимий пластик ёрдам курсатиб туриш керак. Чунки темир алмашинув метоболизми ва темир танкислигидан хосил буладиган организмдаги узгаришлар шунга боғлиқ булади.

Сурункали темир етишмовчилиги патологик холатларида меда ва 12 бармок ичак шиллик каватини структурасини клиник ва эндоскопик, патоморфологик тузилиши кам урганганлигини хисобга олган холда бу саволга тугри ёндашиш кераклигини урганиб чиқиш лозим деб топдик. Сабаби 12 бармок ичак ва медани шиллик кавати темир алмашанивини индукциясига катнашадими ёки алохида хасталикми деган савол тугилади.

Биз 2017 дан 2022 йиллар оралигида даволанган 78 та меда ва 12 бармок ичак хасталиклари билан узок вақт даволаниб келган, ҳамда хамрох темир етишмовчилиги камконлиги бор беморларни олиб текширдик. Улардан аёллар 72 (92%)та, эркаклар 6 (8%), улар 26 ёшдан 58 ёшгача булган беморларни ташкил килади. Текширув шикаятлари ва клиник белгиларига, гематологик анализларига ва эндоскопик курик хулосалари урганиб чиқилди. Асосий курсаткич килиб эндоскопик усулда меда ва 12 бармок ичакдан олинган шиллик каватни гистоморфологик текширувларига асосланди. Анамнездан 5 йилдан ортик меда ва 12 бармок ичак хасталиги билан даволаниб келган хамрох темир етишмовчилиги камконлиги хасталиги булган беморлар Эндоскопик текширув натижаларига кура 92% беморда сурункали атрофик гастрит, 36,4% эзофагит, 27,9% дуодено-гастроал рефлюкс, 32,2% беморларда меда 12 бармок ичак эрозиялари аниқланди. Макроскопик шиллик каватларида ёппасиги силликлашлар, шамоллаш белгилари ва меда моторикасини пасайиши аниқланди.

Узок вақт темир танкислиги анемияси билан даволанган 62% беморларда *Helicobacter pylori* ни урта ва паст даражада таркалиши (91,8%) ни, шиллик каватни атрофияси (54%)ни ташкил килиб медани фундал ва антрал кисимларида юзага келган.

Узок вақт давом этувчи темир танкислиги анемиясида меда ва 12 бармок ичак шиллик каватларида гипоксия, сидеропенияга хос узгариш булиб, хужайра элементларида

оксилларни сон жихатдан етишмовчилиги сифатида метоболик узгаришлар, антрал ва фундал сохадаги стромал тукумаларда гликоген ва РНК ни 1,5 маротаба ортиши кузатилмоқда. Медани шиллик каватини ультраструктурасида органеллалар биосинтези ва эпителиоцит хужайраларини секретор функциясини пасайиши, хужайра активлигини микропианоцитозини пасайиши кузатилди.

Хулоса. Юкоридаги текширув натижаларидан шуни хулоса килиш мумкинки узок давом этувчи темир етишмовчилиги камконлиги меда ва 12 бармок ичак шиллик кавтлари тузилишига чукур тасир килиб, уларни стромасида чандикли битишма холатни юзага келтиради. Уз урнида шиллик каватда жойлашган секретор безларни секретор функцияси бузилади. Бу овкат хазм системасини суриш функциясини бузилишига олиб келади.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК

Исмаилов С.И., Оразалиев Г.Б., Тургунбоев Э.К.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент*

Актуальность. Предупреждению послеоперационных спаек посвящены многочисленные экспериментальные, клинические и лабораторные исследования. С учетом этиологических факторов и механизмов формирования послеоперационных спаек для их предупреждения предложены самые разнообразные методы.

Имеющиеся «барьеры» не являются панацеей, поиск новых средств продолжается. Научные усилия предлагают направлять на поиск жидких субстанций для однократного интраперитонеального применения, которые значительно уменьшат частоту формирования послеоперационных спаек при разумной стоимости, без неблагоприятного действия на свертывающую систему крови и процессы заживления раны.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Хемобен в профилактике образования спаек после различных абдоминальных хирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 317 пациентов в отдаленные сроки до 18 месяцев которым выполнены оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Основную группу составили 101 пациент которым для профилактики спайкообразования применялся препарат Хемобен и группа сравнения 216 больных которым выполнены вмешательства без применения каких-либо антиадгезивных средств.

Количество прослеженных больных в зависимости от сроков наблюдения. Группа сравнения: оперированы по поводу ОСКН 104, оперированы на желудке и/или кишечнике 72, оперированы по поводу травм печени или селезенки 40. Основная группа: оперированы по поводу ОСКН 28, оперированы на желудке и/или кишечнике 54, оперированы по поводу травм печени или селезенки 19.

Частота верификации развития ОСКН в сроки от 1 до 18 месяцев после операции. Группа сравнения: оперированы по поводу ОСКН 13 (12,5%), оперированы на желудке и/или кишечнике 3 (4,25), оперированы по поводу травм печени или селезенки 3 (7,2%). Основная группа: оперированы по поводу ОСКН 1 (3,9%), оперированы на желудке и/или кишечнике 1 (1,9%), оперированы по поводу травм печени или селезенки 0.

В результате наблюдения в отдаленном периоде сроком до 18 месяцев удалось установить развитие клиники ОСКН у 2 (2,0%) пациентов основной группы, а у пациентов группы сравнения 19 (8,8%). ($\chi^2=5,169$; $df=1$; $p=0,023$). Следует отметить что у больных которые были оперированы по поводу травм печени или селезенки с применением препарата Хемобен в отдаленном периоде возникновение клиники ОСКН не отмечено ни в одном случае.

Из всех пациентов с развившейся клиникой ОСКН оперативному вмешательству подверглись 1 (1,0%) пациент основной группы и 8 (3,8%) группы сравнения.

Приведенные данные свидетельствуют только о зарегистрированных клинически значимых случаях развития послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, в связи с чем для более объективного анализа исследование было дополнено еще и субъективной оценкой, которая также косвенно может свидетельствовать о наличии спаечного процесса, влияющего на состояние пациентов и их качество жизни (КЖ). С этой целью в отдаленный период от 3 до 18 месяцев после операции у 116 пациентов группы сравнения и 64 больных основной группы была проведена оценка уровня КЖ с помощью специально разработанного для такой когорты пациентов опросника GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index, GIQLI - гастроинтестинальный индекс качества жизни). Особое значение среди 5 компонентов оценки опросника GIQLI уделялось таким параметрам как «Значимость симптомов» и «Реакция на оперативное лечение», хотя и другие компоненты имели немало важное значение («Физическая активность», «Эмоциональная активность» и «Социальная активность»). В целом все компоненты обеспечивали суммарный балл КЖ. Для более качественного сравнительного анализа также была исследована группа здоровых лиц (12 человек), показатели которых считались эталоном для групп исследования

Результаты. Сравнительный анализ обеих групп по качеству жизни после перенесенной операции по поводу ОСКН показал достоверные различия по четырем параметрам: значимость симптомов, физическая активность, реакция на оперативное лечение. Эти показатели в основной группе были выше ($p<0,05$).

Сравнительные показатели индекса качества жизни (общие баллы по GIQLI) в зависимости от перенесенной операции. ОСКН: группа сравнения-87,6; основная группа – 98,4; здоровые лица 123,6. ($t=4,50$; $p<0,05$) Операции на желудке и (или) кишечнике: группа сравнения-97,3; основная группа – 107,7; здоровые лица 123,6 ($t=4,10$; $p<0,05$) Операции по поводу травм печени и (или) селезенки: группа сравнения-95,8; основная группа – 104,5; здоровые лица 123,6 ($t=2,96$; $p<0,05$) Все операции: группа сравнения-92,6; основная группа – 103,8; здоровые лица 123,6

В сравнительном аспекте у пациентов основной группы где применен антиадгезивный препарат Хемобен после различных перенесенных операций на органах брюшной полости показатели КЖ приближаются к таковым у здоровых лиц, и достоверно выше ($t=7,12$; $p<0,05$) чем у пациентов группы сравнения.

Выводы. Клиническая оценка профилактики развития послеоперационного адгезивного процесса показала, что применение Хемобена как поверх паренхиматозных органов при травматических повреждениях, так и локально в область травмы париетальной и висцеральной брюшины, в сроки до 18 месяцев наблюдения позволило сократить частоту развития клинически значимых случаев послеоперационной ОСКН с 8,8% до 2,0%, при этом в 3,7% и 1,0% случаев указанное осложнение потребовало выполнение оперативного лечения.

Изучение субъективного фактора оценки противоспаечной эффективности по сравнительному анализу уровня КЖ по опроснику GIQLI показало более высокое значение этого показателя в основной группе по всем основным доменам, кроме уровня компонента «Социальная активность», а общий балл составил – $103,8\pm 9,8$ против $92,6\pm 10,8$ баллов ($t=7,12$; $p<0,05$), что в целом обеспечило более высокое соответствие к

группе здоровых лиц (123,6±5,1 баллов), составив – 74,9% в группе сравнения и 84,0% в основной группе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ХЕМОБЕН» ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Исмаилов С.И., Г.Б. Оразалиев Г.Б., Султанов С.А.

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент*

Актуальность. Наиболее часто при сочетанной травме из органов брюшной полости повреждаются тонкая кишка, печень и селезёнка. Печень по частоте повреждений уступает только кишечнику. Повреждения печени в связи с особыми трудностями диагностики, тяжестью течения, высокой частотой осложнений являются наиболее опасными среди закрытых повреждений органов брюшной полости. Послеоперационная летальность при травме печени остаётся высокой и достигает 12–34%, а различные внутрибрюшные осложнения отмечаются у 17–35% пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность гемостатического средства Хемобен при кровотечениях из печени и селезенки.

Материалы и методы исследования. В исследования включались только пациенты, поступившие с повреждением печени или селезенки на фоне тупой травмы или колото-резанного ранения, у которых сочетанные травмы других органов и систем не угрожали их жизни (без летальных исходов на фоне критического состояния). Так же для формирования сопоставимых групп для исследования, среди больных с повреждением селезенки анализированы только случаи с интраоперационной попыткой локального гемостаза (то есть исходно не применялась спленэктомия), что позволит объективно оценить именно гемостатическую эффективность предложенного способа. В группе сравнения мужчин 67,5% (27), женщин 32,5% (13) тогда как в основной, мужчин 52,6% (10), а женщин 41,4% (9).

Средний возраст составил 37,3±13,1 лет в группе сравнения и 35,0±12,8 лет в основной группе и в обеих группах колебался от 20-44 лет у 78,9% пациентов.

Структура больных с повреждением печени или/и селезенки по группам. В группе сравнения: селезенка 55,0% (22), печень- 37,5% (15) их сочетание 7,5% (3). В основной группе: селезенка 47,4% (9), печень- 42,1% (8), сочетание печень и селезенка 10,5% (2)

По паренхиматозным органам посттравматического поражения в группе сравнения преобладало повреждение селезенка до 55%, тогда как в основной группе значительной разницы между изолированными повреждениями печени и селезенки не отмечалось.

Причиной повреждения паренхиматозных органов (печени и/или селезенки) как в изолированном виде, так и в сочетании с другими органами и тканями в 67,5% группы сравнения и 63,2% основной группы явились тупые травмы, тогда как на колото-резанные пришлось всего от 7,5% до 10,5%.

В качестве нового отечественного раневого покрытия с пролонгированным гемостатическим действием использовано средство из производных целлюлозы - Хемобен, которое отличается от ранее известного Гепроцел, включением в состав покрытия вискозы в концентрации до 12%. Вискоза является искусственным производным целлюлозы и отличается способностью к биодеградации в сроки до 3-4 недель.

В группе сравнения применены физические и механические методы гемостаза у 43 пациентов, тогда как в основной группе для остановки кровотечения использовалось раневое покрытие Хемобен.

Распределение больных по виду предпринятой первичной обработки раны.

Группа сравнения: коагуляция раны селезенки - 58,1% (25), коагуляция раны печени 4,7% (2), Прошивание и коагуляция раны печени 32,6% (14), лапароскопическая коагуляция раны печени 4,7% (2)

Примечание: в 3 случаях в группе сравнения и у 2 пациентов в основной группе было сочетанное повреждение печени и селезенки, соответственно вмешательства проведены в целом на 43 и 21 органах (у 40 и 19 пациентов).

Для оценки эффективности гемостаза в послеоперационном периоде у пациентов оценивалось количество, а также показатели гемоглобина отделяемого по дренажным трубкам из брюшной полости. Еще одним показателем явились средний срок дренирования брюшной и продолжительность госпитального периода.

Тампоны из брюшной полости удалялись на 3-5 сутки.

Результаты. Сравнительный анализ приведенный показал, что эффективный гемостаз при использовании Хемобена 71,4% был достоверно эффективной ($\chi^2=4,939$; $(df=1)$; $p=0,027$, $p<0,05$) чем применение прошивания и/или коагуляции раны 41,9%. Похожая тенденция прослеживается и при повреждении селезенки доля спленэктомий с применением Хемобен значительно ниже 36,4%, а гемостаз выше и составляет 63,6%, что статистически достоверно ($\chi^2=4,082$; $(df=1)$; $p=0,044$, $p<0,05$). Если рассматривать изолированное повреждение печени, то эффективность гемостаза достоверно не отличается как в основной, так и в группе сравнения.

Анализ количественного показателя гемоглобина в дренажных трубках показал, что в 1-е сутки в обеих группах не отмечалось достоверной разницы, группа сравнения 24,5, основная группа 20,5, тогда как на 2 и 3 сутки показатели гемоглобина достоверно ($t=3,80$; $p<0,05$) уменьшились в основной группе с 15,3 до 11,5 против 20,3 до 15,7 группы сравнения. Объем отделяемого уже с первых суток был достоверно ниже в основной группе 45,5 против 65,4 группы сравнения.

Рассмотрев обе группы по срокам дренирования сроку нахождения в стационаре установлено, что в группе сравнения оба эти показателя были достоверно выше.

Так средний срок дренирования в основной группе составил 4,3, а группе сравнения 5,8 ($t=2,43$; $p<0,05$), так же и период госпитализации 6,9 и 8,3 соответственно ($t=3,29$; $p<0,05$).

Вывод. Клиническая оценка применения нового отечественного биопокрытия Хемобен показала улучшение локального гемостатического эффекта при травматических повреждениях паренхимы печени или селезенки с 41,9% (18 / 43) больных в группе сравнения до 71,4% (15 / 21) в основной группе.

В остальных случаях 58,1% группы сравнения против 28,6% основной группы ($\chi^2=4,939$; $df=1$; $p=0,027$) выполнена вынужденная спленэктомия (при травмах селезенки) и тампонирование (зоны повреждения печени).

В динамике отмечено более выраженное снижение уровня гемоглобина в отделяемом из дренажа (на 3 сутки до $15,7\pm 6,2$ г/л в группе сравнения до $11,5\pm 2,2$ г/л в основной группе; $t=3,80$; $p<0,05$), а также его объема (на 3 сутки до $26,3\pm 15,5$ мл в группе сравнения до $15,5\pm 5,1$ мл в основной группе; $t=4,43$; $p<0,05$), что позволило сократить сроки дренирования с $5,8\pm 2,2$ суток в группе сравнения до $4,3\pm 2,1$ суток в основной группе ($t=2,43$; $p<0,05$) и соответственно продолжительность госпитального периода с $8,3\pm 1,6$ суток в группе сравнения до $6,9\pm 1,4$ суток в основной группе ($t=3,29$; $p<0,05$).

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ

*Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Фарманова Г.
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». Ташкент. Узбекистан.*

Актуальность: Ахалазия кардии (синонимы: кардиоспазм, мегаэзофагус или долихоэзофагус, идиопатическое расширение пищевода и др.) - идиопатическое нервно-мышечное заболевание пищевода (НМЗП), проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлексорным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода.

Цель: Оценить результаты применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016г по апрель 2022г с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин 184(42,4%). Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166(38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020г в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019гг, которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 по апрель 2022гг, у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249(93,2%), 18(6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160(95,8%) больным и 7(4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты: В группе сравнения, хорошие результаты достигнуты у 144 больных, что составило 57,8%. В основной группе этот же показатель достоверно ($\chi^2=10.72$, $p=0.001$) увеличился до 118 больных и составил 73,7%.

Удовлетворительные результаты в группе сравнения получены у 87(35%) больных, в основной же группе этот показатель наблюдался у 35 больных и составил 21,8%, что достоверно ($\chi^2=7.94$, $p=0.0048$) меньше, чем в группе сравнения.

Неудовлетворительные результаты в группе сравнения наблюдались у 18(7,2%) больных. В основной группе число неудовлетворительных результатов сократилось до 7 больных и составило 4,4%, однако разница была не достоверной.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Исмаилов С.И., Бабаджанов А.Х., Хужабаев С.Т., Хаялиев Р.Я.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент

Актуальность. Параметры грыжи и операционно-анестезиологический риск существенно влияют на выбор способа протезирования. При больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах (ПОВГ) не всегда можно применить натяжные способы протезирующей пластики. Выбор доступа и способа ликвидации гигантских вентральных грыж все еще является нерешенной проблемой современной хирургии.

Цель исследования: разработать модифицированный метод пластики, снижающий риск развития раневых осложнений и рецидивы.

Материалы и методы. Проведенные клинические исследования позволили определить пути улучшения протезной пластики ПОВГ. В данной работе мы выделили два направления, способствующих улучшению качества фиксации и приживления протеза, а также снижающих риск развития специфических раневых осложнений – совершенствование технических аспектов выполнения протезной пластики при обширных и гигантских ПОВГ и совершенствование тактических аспектов протезной пластики для усиления локальных репаративных свойств, обеспечивающих снижение риска формирования местных осложнений и усиление антимикробных свойств.

Был усовершенствован метод протезной пластики, который в экспериментальных условиях выполнялся следующим образом. Производилось выделение грыжевых ворот и вправление содержимого в брюшную полость. С учетом оценки размера грыжевых ворот выполнялось рассечение переднего листка влагалища прямых мышц живота с обеих сторон. Под контролем измерения внутрибрюшного давления выполняется ушивание грыжевых ворот местными тканями узловыми швами пролен 4/0. Затем выкраивается проленовая сетка соответственно размеру дефекта апоневроза прямых мышц живота. Далее сетка вшивается в участок дефекта прямых мышц живота конец в конец без захлеста краев. Контроль на гемостаз. Ушивание кожной раны после иссечения ее краев непрерывной нитью капрон 4/0. Для усиления локального антимикробного и репаративного эффектов перед ушиванием кожной раны методика дополнена выполнением лазерной стимуляции. Производится обработка операционного поля раствором ФарГАЛС с последующим облучением лазером в спектре 337нм, плотностью мощности до 10мВт/см² в течение 2 минут.

Лазерное облучение вызывает фотосенсибилизирующий и фотодинамический эффект, что усиливает антимикробный эффект ФарГАЛСа, при этом независимо от чувствительности микробов к антибиотикам. Лазерное излучение обладает стимулирующим и ранозаживляющим действием. Особенно это касается стихания 1 фазы воспаления и стимуляции ее второй фазы - регенерации. В сроки 7-14-21-30 суток после операции производилось выведение животных из эксперимента. При этом оценивался макро и микроскопически процесс заживления со стороны брюшной полости.

Результаты. Оперативное вмешательство выполнялось, как и в контрольной группе, на 7 сутки после формирования ПОВГ. Релапаротомия выполнялась путем удаления швов кожи и тупого разъединения кожной раны. Мобилизация грыжевого мешка и грыжевых ворот. В случаях повреждения брюшины, целостность восстанавливалась узловыми швами Викрил 5/0. Для разведения краев грыжевых ворот формировались гофрирующие швы с обеих сторон по наружному краю апоневроза прямых мышц живота. При сведении краев грыжевых ворот внутрибрюшное давление

поднималось свыше 150 мм.вод.ст. Далее по передней поверхности прямых мышц живота рассекали апоневроз и частично мышечные ткани. Ушивали грыжевые ворота узловыми швами Пролен 4/0 под контролем внутрибрюшного давления, которое не превышало значения 5,0 мм рт.ст. На разошедшийся дефект прямых мышц живота соответственно их размеру и форме вырезали фрагмент сетки. Дефект мышечной ткани укрывали сеткой и фиксировали края конец в конец узловыми швами пролен 4/0. Операционное поле обрабатывали раствором ФарГАЛС – 0,5 мл с последующим облучением лазером. Просушивание раны марлевым шариком. Кожная рана ушивалась непрерывным швом Пролен 4/0 после иссечения краев раны.

На 14-е сутки признаков инфицирования или смещения краев нет, органы брюшной полости интактные. На 21-е сутки кожный шов практически не прослеживается. Заживление тканей первичное, признаков воспаления нет. Швы лежат хорошо. Еле прослеживается сетка, укрепленная в область дефекта мышц брюшной стенки, хорошо фиксирована к тканям, не смещается. Брюшная полость интактная, спаек с передней брюшной стенкой в зоне вмешательства нет.

При осложненном течении послеоперационного периода на 7 сутки после модифицированной аллопластики п/о грыжи кожная рана была с признаками гнойного воспаления. Имелись расхождения краев раны на ограниченном участке 0,7x0,6 см, края были покрыты некротическим налетом. В некоторых случаях отмечалась инфекция имплантата и сморщивание, с наличием на дне раны некротического налета. При вскрытии брюшной полости имелись спайки с передней брюшной стенкой в месте ликвидации грыжевых ворот и сальником.

Модифицированный способ аллопластики был разработан для смещения проекций кожного разреза и области коррекции грыжевого дефекта. Таким образом снижается риск сочетанного инфицирования кожной раны и области аллопластики грыжи. Модифицированный способ позволяет достичь реконструкции передней брюшной стенки в области средней линии вследствие выполнения послабляющих разрезов переднего листка апоневроза прямых мышц живота, что значительно снижает риск развития инфекции, так как в области дремлющей инфекции (лигатуры, свищи) отсутствует инородный материал. Укрытие дефекта после расхождения переднего листка апоневроза прямых мышц живота сеткой снижает риск инфицирования, а также улучшает процессы резорбции серозного отделяемого из лимфатических протоков и тканей. Следующим обстоятельством является то, что при модифицированном способе пластики используется значительно меньший размер сетки, что также снижает риск инфицирования. И наконец восстановление дефекта грыжи путем сшивания местными тканями в условиях отсутствия натяжения тканей, а также закрытие сеткой мышечного массива значительно снижает риск формирования парапротезных грыж.

Выводы. Разработанная модель формирования ПОВГ в эксперименте адекватно отражает клиническую ситуацию и позволяет объективно оценить эффективность мероприятий в предупреждении инфекционных раневых осложнений. Корректирующая аллопластика в позиции onlay при ПОВГ повышает риск инфицирования протеза, с развитием спаечного процесса в брюшной полости. Этому способствует также частичное расхождение листков брюшины в области фиксации полипропиленовой сетки. Новый способ аллопластики ПОВГ позволяет добиться адекватной реконструкции передней брюшной стенки, снизить частоту развития инфекции в ране с 70% до 40%, а также использовать меньший размер аллопластического материала. ФДТ посредством лазерной активации антибактериального эффекта отечественного антисептического препарата ФарГАЛС позволяет в 2 раза снизить вероятность развития инфекции в ране, а также стимулировать процессы заживления ран. Все методы антисептического воздействия и лазерной стимуляции эффективны в профилактике развития инфекции, но малоэффективны при уже развившемся гнойно-воспалительном процессе на фоне применения аллопластического материала.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Хаялиев Р.Я.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент

Актуальность. Послеоперационная вентральная грыжа связана со значительными осложнениями, такими как боль, кишечная непроходимость, странгуляция и ишемия содержимого грыжи. Несмотря на совершенствование методов восстановления, по-прежнему сохраняется значительная заболеваемость и даже смертность. Факторами риска, повышающими вероятность развития послеоперационных грыж, являются раневая инфекция, мужской пол, ожирение, вздутие живота, основной процесс заболевания и иногда плохой хирургический шов.

Цель исследования: доказать преимущества различных видов протезной пластики обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении результатов аллогерниопластики у 448 пациентов с обширными и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, которые были оперированы на базе хирургического отделения 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2012 по 2021 гг. Все пациенты были разделены на две группы. В группу сравнения включено 320 больных, оперированных за период с 2012 по 2019 гг, в стратегии хирургического лечения которых применены стандартные подходы к протезной пластике. В основную группу включено 128 пациентов, у которых за период 2020-2021 гг применены предложенные тактико-технические аспекты при аллогерниопластике при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. В частности, в основной группе использован комбинированный способ пластики гигантских грыж передней брюшной стенки, включающий проведение послабляющего разреза апоневроза прямых мышц живота с обеих сторон на расстояние, позволяющее без натяжения ушить грыжевые ворота и закрытие грыжевых ворот, отличающимся тем, что разрез переднего листка апоневроза прямой мышцы живота выполняют в виде эллипса, грыжевые ворота закрывают путем сшивания медиальных стенок апоневроза, оставляя не менее 1 см по краю рассеченного внутреннего листка апоневроза, на область дефектов апоневроза прямых мышц живота наносят средство для покрытия – Netobep, участки расхождения листков апоневроза укрепляют сетчатым имплантатом с двух сторон сшиванием краев имплантата с рассеченными краями апоневроза прямых мышц живота конец в конец одним рядом швов.

Обсуждение. В группе сравнения пластика послеоперационных вентральных грыж по методу onlay проведена всего у 175 больных: 101 (57,7%) больному с обширными грыжами и 74 (42,3%) больным с гигантскими грыжами. Почти такое же соотношение отмечается и в основной группе, пластика послеоперационных вентральных грыж по методу onlay проведена всего у 50 больных: 26 (52%) больному с обширными грыжами и 24 (48%) больным с гигантскими грыжами.

Если обратить внимание на осложнения, развившиеся в раннем послеоперационном периоде, в глаза бросается явное превалирование сером и нагноения в группе сравнения, как при ликвидации обширных грыж, так и гигантских грыж. При обширных грыжах в группе сравнения серомы отмечены в 11,9% случаев, тогда как в основной группе только 3,8% случаев, что в 3 раза меньше. При гигантских грыжах в группе сравнения серомы отмечены в 41,9% случаев, тогда как в основной группе только 16,7% случаев, что в 2,5 раза меньше. Аналогичная картина при учете нагноения послеоперационных ран: при обширных грыжах в группе сравнения в 3% случаев, тогда как в основной группе нагноения не было; при гигантских грыжах в

группе сравнения в 8,1% случаев, тогда как в основной группе только 4,2% случаев, что в 2 раза меньше.

При обширных грыжах количество раневых осложнений уменьшилось с 17,8% до 7,7% случаев ($\chi^2=1,599$; $Df=1$; $p=0,207$), а при гигантских грыжах количество раневых осложнений снизилось с 55,4% до 25% случаев ($\chi^2=6,713$; $Df=1$; $p=0,010$). Таким образом, внедрение усовершенствованной методики ненапряжной протезной пластики послеоперационных вентральных грыж в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений с использованием антисептического средства ФарГАЛС и воздействия низкоэнергетического лазерного излучения, позволило в основной группе снизить практически в 2 раза количество сером и нагноений и повысить долю больных без местных раневых осложнений с 66,3% до 84% случаев ($\chi^2=5,836$; $Df=1$; $p=0,016$).

В группе сравнения пластика послеоперационных вентральных грыж по методу inlay проведена всего у 145 больных: 15 (10,4%) больному с обширными грыжами и 130 (89,6%) больным с гигантскими грыжами. Почти такое же соотношение отмечается и в основной группе, пластика послеоперационных вентральных грыж по методу inlay проведена всего у 78 больных: 24 (30,7%) больному с обширными грыжами и 54 (69,3%) больным с гигантскими грыжами.

При обширных грыжах в группе сравнения после коррекции передней брюшной стенки с имплантации протеза inlay серомы отмечены в 20% случаев, тогда как в основной группе только 8,3% случаев, что в 2,4 раза меньше. При гигантских грыжах в группе сравнения серомы отмечены в 36,9% случаев, тогда как в основной группе только 11,1% случаев, что в 3,3 раза меньше. Аналогичная картина при учете нагноения послеоперационных ран: при обширных грыжах в группе сравнения в 6,7% случаев, тогда как в основной группе нагноения не было; при гигантских грыжах в группе сравнения в 6,9% случаев, тогда как в основной группе только 1,9% случаев, что в 3,6 раза меньше. Даже количество инфильтратов в целом по группам отличалось в 2 раза: 11 (7,6%) случаев в группе сравнения против 2 (3,8%) в основной группе.

Налицо резкое снижение послеоперационных раневых осложнений в основной группе. Так при обширных грыжах количество раневых осложнений уменьшилось с 40,0% до 12,5% случаев ($\chi^2=3,932$; $Df=1$; $p=0,048$), а при гигантских грыжах количество раневых осложнений снизилось с 50,8% до 16,7% случаев ($\chi^2=18,376$; $Df=1$; $p<0,001$). То есть, комплекс мероприятий по профилактике развития раневых осложнений позволило в основной группе снизить практически в 3,23 раза количество сером и нагноений и повысить долю больных без местных раневых осложнений с 50,3% до 84,6% случаев ($\chi^2=25,370$; $Df=1$; $p<0,001$). В данном случае, после коррекции с имплантацией протеза inlay в группе сравнения и комбинированного способа в основной группе, удалось получить даже большую разницу в сравнении с пластикой onlay.

При сводном анализе в группе сравнения пластика послеоперационных вентральных грыж различными методами произведена всего у 320 больных: 116 (36,25%) больному с обширными грыжами и 204 (63,75%) больным с гигантскими грыжами. Почти такое же соотношение отмечается и в основной группе, пластика послеоперационных вентральных грыж произведена всего у 128 больных: 50 (39%) больному с обширными грыжами и 78 (61%) больным с гигантскими грыжами. При обширных грыжах в группе сравнения после коррекции передней брюшной стенки серомы отмечены всего в 12,9% случаев, тогда как в основной группе только у 6,0% пациентов, что в 2,15 раза меньше. При гигантских грыжах в группе сравнения серомы отмечены в 38,7% случаев, тогда как в основной группе только 12,8% случаев, что в 3 раза меньше. Схожая картина фиксирована при учете нагноения послеоперационных ран: при обширных грыжах в группе сравнения в 3,4% случаев, тогда как в основной группе нагноения не было; при гигантских грыжах в группе сравнения нагноение

отмечено у 7,4% пациентов, тогда как в основной группе только у 2,6%, что в 2,8 раза меньше. Даже количество инфильтратов в целом по группам отличалось почти в 1,5 раза: 18 (5,6%) случаев в группе сравнения против 5 (3,9%) в основной группе.

Выводы. Проведенные клинические исследования убедительно доказали преимущества применения предложенных технических аспектов протезной пластики, а также тактических пособий по профилактике развития раневых осложнений в ближайший и отдаленный послеоперационный период при наиболее сложных ситуациях (обширные и гигантские послеоперационные вентральные грыжи). Сравнительный анализ клинических исследований показал, что применение предложенных тактико-технических рекомендаций при протезной пластике по поводу обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж позволило снизить частоту раневых осложнений с 40,9% до 15,6% ($\chi^2=26,216$; Df=1; $p<0,001$), включая образование клинически значимых сером с 29,4% до 10,2% ($\chi^2=18,576$; Df=1; $p<0,001$), сократить продолжительность дренирования с $7,1\pm 1,8$ до $5,3\pm 1,9$ суток ($t=9,44$; $p<0,001$) и общий госпитальный период с $8,6\pm 2,7$ до $7,1\pm 1,5$ суток ($t=7,60$; $p<0,001$).

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

*Исмаилов С.И., Лизай Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т.,
Файзуллаев О.А., Давронов Р.С., Усманов К.К.
ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». Ташкент. Узбекистан.*

Актуальность: В мировой практике определены два основных общепринятых метода лечения ахалазии кардии – традиционный хирургический и оперативный эндоскопический. Однако единая точка зрения на выбор тактики лечения отсутствует. Вопрос о предпочтении одного из этих двух методов, по данным литературы, до сих пор не решен, и дискуссия по преимуществам или их недостаткам продолжается. Одни ученые считают, что эндоскопическая баллонная пневмокардиодилатация (ЭБПКД) является методом первой линии лечения ахалазии, другие – что дилатация является «методом спасения» для больных, отказавшихся от операции или имеющих к ней противопоказания, что при баллонной дилатации повышается риск перфорации стенки пищевода и ее применение оправдано лишь для лечения резидуальной дисфагии после миотомии.

Цель: Оценить результаты применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016г по апрель 2022г с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин 184(42,4%). Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166(38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020г в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019гг, которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 по апрель 2022гг, у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249(93,2%), 18(6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160(95,8%) больным и 7(4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты: В группе сравнения, у 201 больного осложнений во время и после пневматической кардиодилатации не наблюдалось, что составило 80,7%. Осложнения наблюдались у 48 больных, что составило 19,2%.

В основной же группе, благодаря эффектам лазеротерапии, число больных без осложнений удалось увеличилось и составило 90%. Количество осложнений, благодаря внедрению лазеротерапии, напротив-удалось снизить до 10%. Как показал статистический анализ, в основной группе осложнений возникло достоверно ($\chi^2= 6.35$, $p= 0.012$) меньше чем в группе сравнения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ КАРДИДИЛАТАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ В МИНИИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Омонов Р.Р., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.

Актуальность: На современном этапе развития хирургии для лечения ахалазии пищевода применяются кардиодилатация, различные варианты эзофагокардиомиотомии, экстирпация пищевода. Многие авторы активно применяют кардиодилатацию. Оценка ее эффективности неоднозначна. По данным одних авторов хорошие отдаленные результаты кардиодилатации достигают 85% - 90% (С.А. Кондрашин, 1999; А.Ф. Черноусов, 2000). По сведениям других исследователей, уже через год после кардиодилатации ее эффективность снижается до 60 %, а через 5 лет более чем у половины больных возникает рецидив заболевания (А.Е. Spiess, 1998; А.Ј. Eckard, 2009).

Цель: Изучить отдаленные результаты применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016г по апрель 2022г с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин 184(42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166(38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020г в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019гг, которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 по апрель 2022гг, у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249(93,2%), 18(6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160(95,8%) больным и 7(4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты: При анализе отдаленных результатов, нами изучались следующие временные промежутки: до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 7 месяцев до 1 года и больше года. При этом установлено, что в группе сравнения из 249 больных, которым произведена кардиодилатация, рецидив дисфагии в различные сроки наблюдался у 215 больных, что составило 86,3%. В основной же группе, из 160 больных, рецидив дисфагии развился у 119 больных, что составило 74,3% и достоверно ($\chi^2=41.21$, $df=3$, $p<0,05$) меньше, чем в группе сравнения.

В сроки до 3 месяцев, в группе сравнения, рецидив дисфагии наблюдался у 66 больных, что составило 30,7%. В основной же группе отмечается достоверное ($\chi^2=24.56$, $p<0.05$) снижение числа рецидива у 11(9,2%).

В сроки от 3 до 6 месяцев, в группе сравнения, рецидив дисфагии отмечен у 79(36,7%) больных, в то время, как в основной группе аналогичный показатель, достоверно ($\chi^2=6.77$, $p=0.009$) снизился до 32(26,9%) больных.

В сроки от 7 месяцев до 1 года, в группе сравнения, рецидив дисфагии отмечен у 38(17,6%) больных, в основной же группе этот показатель составил 56(47%) больных, что достоверно ($\chi^2=21.44$, $p<0.05$) выше чем в группе сравнения.

В самый отдаленный срок, более года, рецидив дисфагии в группе сравнения наблюдался у 32(14,9%) больных, а в основной увеличился до 20(16,8%), однако разница была не достоверной ($\chi^2= 0.011$, $p=0.92$).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА

Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Бабажанов А.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность: Травма пищевода, одно из наиболее опасных для жизни повреждений, связанная как правило с неосторожным приемом пищи, содержащей кости с острыми концами или проглатыванием крупного комка твердой пищи. Вторым по частоте является травма пищевода острыми предметами во время сеансов бужирования, проведения проводников, а также эндоскопическом исследовании. Наиболее частой локализацией травмы является шейный отдел в месте физиологического сужения пищевода. Далее с одинаковой частотой встречаются травмы средней и нижней трети пищевода. Опасность ранений также связана с возможностью распространения инфекции в средостение с развитием гнойного медиастинита, либо в брюшную полость с не менее грозным осложнением – перитонитом.

Цель: Создать модель травмы пищевода в эксперименте.

Материалы и методы: В учебном центре ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» в лаборатории экспериментального отдела, был разработан способ моделирования травмы пищевода в эксперименте. Эксперименты выполнены белым беспородным крысам самцам весом 210-320г, находящимся в условиях вивария в специальных клетках, обычным рационом питания, предназначенным для лабораторных животных. Помещение с температурой 20-22 С°. Под общей анестезией

парами изофлюрана животное укладывается на манипуляционном столике в положении на спине. Депиляция шерстяного покрова по средней линии живота. Выполняется верхняя срединная лапаротомия длиной до 2,5см. После обкладывания раны стерильными салфетками устанавливается ранорасширитель. Печень с помощью крючков отводится кверху. Мобилизация и выделение абдоминального отдела пищевода острым путем в без сосудистой зоне, без кровопотери. Пищевод мобилизуется с помощью диссектора и берется на держалку. Производится рассечение стенки пищевода на 3мм выше уровня кардии желудка в поперечном направлении на 1/3 его просвета. Далее производится инфицирование левой подпеченочной области путем введения 0,5мл микст кишечной инфекции в физиологическом растворе. (Микст инфекция выполняется путем перемешивания 100мг свежего содержимого толстой кишки в 1,0 мл физиологического раствора в шприце. После активного перемешивания содержимого, жидкая часть вводится в количестве 0,5мл через просвет иглы для инъекций. В вводимом объеме жидкости содержится более 1млрд микробных тел на 1 мл). Операционная рана ушивается послойными швами.

Результаты: В послеоперационном периоде животное помещается в отдельную клетку. Дается вода для питья, в которой растворено 0,5г ипобруфена на 100,0мл воды для обезболивания. Через 12 часов крысы переводятся на обычный рацион питания. В первые часы после операции животные активны, принимают воду.

При релапаротомии выявляется наличие рыхлого инфильтрата в левой поддиафрагмальной и подпеченочной области. Брюшина тусклая, выпота в брюшной полости нет. При разъединении рыхлых спаек определяется область дефекта пищевода и микроабсцессы в области тела желудка и поверхности печени.

На вторые сутки животное становится заторможенным, малоподвижным. Еду почти не употребляет, выраженная жажда. Летальный исход прослеживается у 50% животных. При аутопсии выявляется картина разлитого гнойного перитонита. При бактериальном исследовании экссудата выявлены ассоциации микроорганизмов (кишечная палочка, протей, клебсиелла, стафилококк и др.). При бактериальном исследовании кала этих животных высеяны эти же ассоциации.

На третьи сутки летальный исход наступает у всех животных. При аутопсии определяется картина разлитого гнойного перитонита в следствии прорыва поддиафрагмального абсцесса в брюшную полость.

Аутопсия на третьи сутки. В брюшной полости мутный экссудат во всех отделах. В левой подпеченочной области полость абсцесса с некротическими тканями и налетом фибрина. Брюшина тусклая, сосуды расширены. Петли тонкого кишечника раздуты.

Преимуществом данного способа является постепенное развитие осложнений. Вначале формируется рыхлый инфильтрат в подпеченочной области, который в течение 1-2 суток ограничивает воспалительный процесс. Затем наступает прорыв гнойника в брюшную полость с развитием перитонита. Такой патологический процесс имеет место у человека, когда без лечебных мероприятий травма пищевода в 80% случаев заканчивается летальным исходом, в следствии развившихся гнойно-септических осложнений.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДХОД ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

*Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Диагностика и лечение лиц с ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков (ЯПЖП) остаётся наиболее сложным и драматичным разделом гепатобилиарной хирургии. При анализе причин ЯПЖП установлено, что в 70-94% случаев данный вид травмы наблюдается при холецистэктомии. После операций на желудке (резекция, пилоропластика) ЯПЖП составляют 0,4-3%, на печени 9,1-15%. Данный вид травмы реже (1-5%) возникает при проведении интраоперационного зондирования гепатикохоледоха, холедохоскопии, лимфаденэктомии в области гепатодуоденальной связки, в результате проникающих ранений брюшной полости с повреждением печени и желчных протоков.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения у больных с ятрогенным повреждением желчных протоков, в том числе у пациентов на фоне описторхозного поражения желчевыводящих путей, путем оптимального выбора диагностических и лечебных мероприятий.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач изучали 167 больных ятрогенными повреждениями желчных протоков. Мужчин было 38 (22,8%), женщин - 129 (77,2%) в возрасте от 21 до 81 года, при этом 70 (41,1%) пациентов были старше 60 лет и имели тяжелые сопутствующие заболевания.

Результаты исследования. Повреждения желчных протоков возникли при лапароскопической холецистэктомии в 0,54%, при традиционной - в 0,67% случаев. Основными причинами, повлекшими повреждение желчных протоков, являлись выраженные инфильтративные изменения области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки (46,3%), а у больных с описторхозной инвазией - склеротрофический процесс (39,3%). В основе травмы желчных протоков лежат технические и тактические ошибки в нестандартных ситуациях. При выполнении лапароскопической холецистэктомии преимущественно наблюдается низкий уровень повреждения желчных протоков (с культей ОПП более 2 см), реже - высокий, но с разрушением конфлюэнса. При традиционной холецистэктомии чаще встречается средний уровень повреждения желчных протоков (с культей ОПП менее 2 см). Основными клиническими проявлениями травмы желчных протоков после лапароскопической холецистэктомии являются желчный перитонит или желчеистечение (58,3%), после традиционной холецистэктомии - наружный желчный свищ (47,4%) и механическая желтуха (32,3%). При нестандартных ситуациях интраоперационная холангиография, как обязательный компонент алгоритма диагностики, позволяет установить повреждение протоков в 76,5% случаев. В послеоперационном периоде для этой цели более значимы УЗИ, фистулохолангиография, ЭРХПГ. Своевременная и адекватная коррекция травматических повреждений желчных протоков с использованием прецизионной техники и наружного дренирования способствует хорошим непосредственным и отдаленным результатам. Характерные для описторхоза пролиферативно-склеротические изменения билиарной системы, стриктуры внепеченочных желчных протоков, перихоледохеальный лимфаденит являются факторами риска травмы желчных путей, увеличивая их частоту в 2,2 раза, затрудняя технику

Вывод. Резюмируя вышеизложенное и сравнивая собственный опыт и результаты многочисленных публикаций, посвященных лечению этой категории

больных, следует отметить положительные изменения за последние десять лет. Успех хирургического лечения зависит от правильности выбора срока и метода операции, профессионального мастерства хирурга и материального обеспечения операционной. Большинство молодых хирургов, выполняющих лапароскопическую холецистэктомию, не имеют опыта реконструктивно-восстановительных операций на желчных путях. Поэтому знание основополагающих принципов желчной хирургии должно быть непременным условием допуска к любым операциям на желчном пузыре. К выполнению операций на протоках необходимо привлекать наиболее опытных врачей, либо переводить больных в отделения, специализирующихся на гепатобилиарной патологии.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Кадиоров Ш.Н. Кадиоров М.Ш., Абдуфаттоев Д.Н
Андижанский Государственный медицинский*

Актуальность. Применение малоинвазивной технологии в хирургии неоспоримым преимуществом альтернативным методом лечения больных калькулезным холециститом. В развитых странах мире удельный вес лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) составляет почти 97% от всех холецистэктомий. В месте с тем ее выполнение в 2,0-1,0% случаев сопряжено с большими техническими трудностями, что может стать причиной серьезных ошибок, осложнений которые требует высоко профессиональном уровне хирургическое подход.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенным повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы: в отделение абдоминальной хирургии Областной Многопрофильной Медицинской Центр и отделение экстренной хирургии Жалалкудукской района за период 2015 по 2022 годы находился на лечение 34 больной со «свежими» ятрогенными повреждениями ВЖП во время выполнения ЛХЭ. Возраст пациентов составил от 20 до 79 лет. Из них мужчин 9 (26,4 %) и женщин 25 (73,6 %). 2 больных переведены из других клиник через 6- 9 суток после повреждения с желчным перитонитом. Интероперационная диагностика повреждений основывалась на появлении желчи в операционном поле; в послеоперационном периоде диагностика основывалась жалобы больного желтушности склеры, потемнение мочи, ахоличности кал, выделение желчи по дренажу, клинические признаки раздражения брюшины, симптомах механической желтухи, холангита. Для определения уровня повреждения применяли УЗИ, по показанием ЭРХПГ, фистулографию, КТ и МРХПГ.

Результаты. По характер повреждения желчных протоков больные распределились следующим образом: пристеночное повреждение 16; полное пересечение 11; клипирование гепатикохоледоха 4; частично коагуляционной некроз 3. В зависимости от сроков выявления травм желчных протоков больные разделены на 3 группы.

4. Повреждения, обнаруженные во время операции 9 больных. В этой группе операции закончены следующим образом: 7 больным наложены первичный шов холедоха на дренаже; 2 случаях произведена наружные дренирование общей желчных проток.

5. Повреждения выявлена на 5-8 сутки после операции 17 больных. В этой группе 3 больным с различным желчным перитонитом и при тонкостеночном холедохе произведена наружное дренирование желчных путей по методи Вишневецкого. 5 больным при полном клипировании гепатикохоледоха произведена удаление клипс и наружное дренирование на Т - образном дренаже в одном случае и наложение гепатикоюноанастомоза без дренажа-каркаса. У больной которой наложен Т -

образный дренаж, отмечаются периодические атаки холангита. 8 больным на фоне диффузного желчного перитонита наложен гепатикоюноанастомоз на изолированной по Ру петли с хорошими результатами.

6. Повреждения, обнаруженные после выписки из стационара, через 2-4 недели после операции 8 больных. В этой группе больные поступали с явлениями механической желтухи, наружного желчного свища. После подготовки, стабилизации состояния выполнены различные виды гепатикоюноанастомоз по Ру петле.

Выводы: Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоюностомии на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, больные выписаны на 8-12 сутки в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями функции печени. Отдаленные результаты в течение 3-5 лет прослежены у 19 больных. Хорошие результаты получены у 11 больных, которым произведена гепатикоюностомия без дренажа каркаса. Удовлетворительный результат отмечен у 5 пациентов, которых после удаления дренажей из желчных протоков беспокоит периодические боли в правом подреберье, атаки холангита. У 3 больных которым произведена первичная пластика холедоха, в течение 6-15 месяцев развилось сужение гепатикохоледоха, что потребовало эндоскопическое стентирование.

Заключение. При пристеночных ранениях ВЖП, выявленных во время операции, можно выполнить ушивание и дренирование на T-образном дренаже через культю пузырного протока. При полном пересечении холедоха - выполнение первичной пластики, что почти в 100% случаев приводит к стенозу. Операцией выбора является бескаркасный гепатикоюноанастомоз, которой выполняется с прецизионной техники оперирования с применением монофилных шовных материалов.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ АКСИАЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ

Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К., Байбеков Р.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент

Актуальность. Актуальность проблемы хирургической коррекции послеожоговых рубцовых деформаций головы и шеи определяется определенными трудностями при выборе оптимального способа их устранения. Это связано с тем, что на сегодняшний день не существует универсальных методов, которые могли бы во всех случаях обеспечить оптимальный результат, так как характер и объем таких поражений может значительно отличаться у различных пациентов.

Цель исследования: провести анализ результатов пластики послеожоговых рубцовых дефектов головы и шеи аксиальными лоскутами в сравнительном аспекте.

Материал и методы. Исследование проведено среди 73 пациентов с рубцовыми послеожоговыми дефектами головы и шеи. В качестве лоскутов применены дельтопекторальный аксиальный лоскут (ДПЛ), височно-темпоральный лоскут (ВТЛ) и эполетные лоскуты (ЭЛ). Предложенные совершенствования некоторых технических аспектов пластики оценены в основной группе – 41 больной, которым произведена пластика 46 лоскутами (у 5 применено по 2 лоскута одновременно). В группу сравнения включено 32 больных, оперированных по стандартным методикам пластики аксиальными лоскутами на питающей ножке. В целом, в группе сравнения ДПЛ применен у 12 (37,5%) больных, ВТЛ у 7 (21,9%) и ЭЛ, в основной группе у 37,0% (17 пациентов), 23,9% (11 больных) и 39,1% (18 пациентов) соответственно. Во всех возрастных группах преобладали женщины - 55,6% в основной группе, и 58,8% – в группе сравнения. Необходимо отметить, что большинство больных находились в

возрасте 20-44 лет - 44,4% и в возрасте 45-59 лет - 28,6%. При распределении больных по зонам и характеру дефекта в группе сравнения преобладали средние дефекты (50-120см²) верхней зоны лица и шеи в равных количествах.

Результаты. Частота развития специфических осложнений сократилась с 21,9% до 4,3% ($p=0,018$), необходимость в выполнении корригирующих вмешательств после основных этапов пластики снизилась с 68,8% до 41,3% ($p=0,017$).

Результаты пластики аксиальными лоскутами в зависимости от локализации дефекта показали, что хороший функциональный результат дефекта головы был достигнут у 73,1% пациентов основной группы, а в группе сравнения у 52,6%. При дефектах шеи хорошие функциональные результаты наблюдались в 60,0% случаев в основной группе и в 38,5% - в группе сравнения. При дефектах головы в группе сравнения преобладал удовлетворительный эстетический результат (57,9%), а в основной группе хороший эстетический результат – 61,5%. В группе сравнения хороший эстетический результат после пластики шеи был у 30,8% больных, в основной группе – у 45,0%.

Хороший функциональный результат отмечен у 46,9% пациентов в группе сравнения и у 67,4% пациентов в основной группе, удовлетворительный – у 43,8% в группе сравнения и у 32,6% в основной группе, неудовлетворительный результат также отмечен у 9,4% пациентов из группы сравнения и у пациентов из основной группы неудовлетворительных результатов не наблюдалось (0,0%) ($p=0,044$). Хороший эстетический результат сохранялся в группе сравнения в 34,4% случаев, в основной группе – 54,3%, удовлетворительный – в группе сравнения в 56,3%, в основной группе – 45,7%.

Вывод. Проведенный анализ показал, что применение предложенных методик улучшения васкуляризации и имплантации аксиальных лоскутов для пластики послеожоговых дефектов головы и шеи позволили сократить частоту развития специфических осложнений, снизить необходимость в выполнении корригирующих вмешательств после основных этапов пластики, тем самым уменьшить общее число реконструктивных этапов пластики, а также улучшить отдаленные функциональные и эстетические результаты.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.

*Кетмонов А.Г., Абдурхмонов Ф.С., Абдурахимов С.О.
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. Согласно данным некоторых авторов в реконструктивных операциях нуждаются от 40 до 75% больных, перенесших глубокие ожоги.

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 2018-2021 гг.. Из этого 20 больных контрольной группой, 38 больных основной группы. Комплекс методов исследования включает:

1. Общеклинические методы исследования.
2. Оценки рубцов по клиническим характеристикам:
 - а) цвет, толщина, подвижность, возможность взять в складку, ширина складки;
 - б) расположение и распространенность рубцов;
 - в) связь рубцов с глублежащими структурами.
3. Определить наличие и площадь неповрежденной ожогом кожи, а также смежных областей, выраженность рубцовой складки и её протяженность в области плечевого и локтевого сустава у детей.

Результаты и их обсуждения. Метод свободной дерматомной пластики был использован у 20 детей (из них 12 плечевого и 8 локтевого суставов).

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 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 (0,5-1,0 см), обусловленные наличием гематом, некрозом тканей после коагуляции или легирования сосудов. У 3 (15%) из них возник краевой лизис трансплантата на участке 2-3 см. Раны зажили самостоятельно.

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 аутодермотрансплантатом, 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).

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 2 (5%) больных. У 1 (2,5%) пациента возник краевой лизис трансплантата на участке 2-3 см. Раны зажили самостоятельно. У 1 (2,5 %) больного отмечалось выраженная гиперпигментация, на фоне которой имелись очаги диспигментации, в результате чего поверхность плечевого и локтевого сустава приобретала пестрый вид.

Результаты оперативного лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур плечевого и локтевого суставов сроком от 4 месяцев до 1 год наблюдалось.

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.

На основе отдаленных результатов, для получения хороших результатов хирургического лечения послеожоговых контрактур плечевого и локтевых суставов приемлемым является метод полнослойной кожной пластики. Так как процент хороших результатов высока.

ТИРЕОТОКСИК БЕМОРЛАРДА КАЛКОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ГОРМОНЛАРНИ ТАСИРИНИ УРГАНИШ.

*Кодиров М.Ш., Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н.,
Андижон давлат тиббиёт институти*

АКТУАЛЛИГИ. Диффуз тиреотоксик букок, калконсимон без хасталиклари ичида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Калконсимон безнинг консерватив даволаш, ташрихдан олдинги даврда ташрихга тайёрлаш ва унинг асоратларини олдини олиш чоралари ҳамон долзарблигича колмоқда. Шу холатни хисобга олиб беморларни консерватив даволаш ва ташрихдан олдинги даврда ананавий усулда даволашдан ташкари лимфотроп усулда гормонларни юбориш ва иммуномодуляторларни куллашдан кейинги даврдаги узгаришларни урганиб чиқиш ва олинган материалларни патогистологик текширувлардан утказилиб, ундаги узгаришлар ананавий усулдаги узгаришлар билан солиштириш баён этилган.

Материал ва методлари. Тиреотоксик букок билан 2017 дан 2022 йилларда 109 та бемор даволанди. Улардан назорат гуруҳига 30 та бемор олинди, беморлар 16 ёшдан 68 ёшгача, аёллар 81 %, эркеклар 19 % ни ташкил этиб, тиреотоксик букок урта огир даражаси 69%, огир даражаси 31% ни ташкил қилади.

Хамма беморларга Диффуз токсик букок III ва IV даражасида, ташрих олди тайёргарлиги 8 дан 15 кунгача утказилиб комплекс чоралар билан бирга асосий гуруҳга махаллий гормонал (преднизолон) терапия ва иммуномодуляторлар (Т активин, иммуномодулин) кушиб утказилди.

Беморлар даволашдан олдин ва даволашдан кейин динамикада клиник, радиометрик текширувлар олиб борилди. Функционал холатини билиш максатида кон зардобдаги Т3, Т4, ТТГ гормонлар урганилиб борилди.

Ундан ташкари Диффуз тиреотоксик букокларда калконсимон безни морфофункционал холатини урганиш максатида пункцион биопсия қилиниб калконсимон без туқимасини микроскопик структураси урганилди, 64% ананавий усулда даволанган беморларда нотугри юлдизсимон шаклдаги фолекулаларидан ва юқори цилиндрик

эпителий сургичларини усиши, янги фолекулаларини пролиферацияси кузатиляпти. Диффуз тиреотоксик букогда без морфоструктурасини узгариши, калконсимон безни тулик хама жойида аникланыпти. Беморларда айтиб утилган узгаришлардан бошка калконсимон без тукумаларида лимфоцитар шишлар, базада марказидан кузгалишга учраган ката лимфоид фолекулалар, ядроларини катталашиши, юкори тиреоцитлар, цитоплазмаик стромасини узгаришлари аникланди. Колган 36% дагина калконсимон без гистоструктураси эутиреоид букогда ухшаш структурага эгалиги аникланди.

Асосий гуруҳдаги беморлар, ананавий усулга кушимча махаллий лимфотроп гормонал терапия ва иммуномодуляторлар олган беморларда эутиреоид букогда ухшаш гистоструктурага эга булганлар 70% ни ташкил этади. Бунда калконсимон без тукумаларида лимфоцитар шишлар, базада марказидан кузгалишга учраган ката лимфоид фолекулалар, ядроларини катталашиши, юкори тиреоцитлар, цитоплазмаик стромасини узгаришлари 30% гача аникланди.

Хулоса. Бундан куришиб турибдики диффуз тиреотоксик букокли беморларни консерватив даволашда ва ташрих олди тайёрлашда хам махаллий лимфотроп гормонал терапия (преднизолон) ва иммуномодуляторларни (Т активин, иммуномодулин) кулланиши нафакат нохуш холатларни бартараф килади балки диффуз токсик букокларда тукумадаги гистоморфологик узгаришларни яхшилаш ва фолекуляр узгаришларни озайтириш билан беморда эутиреоид холатни таминлайди. Шу билан бирга даражали диффуз токсик букокларни эутиреоз холатига келтиришда ката роль уйнайди.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ

*Косимхожиев М. И., Содикова Д.И., Косимхожиева Ф.Т., Курбанова Д.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Согласно данным отечественных и зарубежных источников переломы плюсневых костей встречаются в 2–3,4% всех переломов скелета и составляют 25,8–45% от переломов костей стопы. Механизм травмы данных повреждений подразделяется на прямой (падение тяжелого предмета на стопу, компрессия стопы между двумя предметами) и не прямой (переразгибание в суставах стопы). Смещение костных отломков при переломах плюсневых костей может быть минимальным, так как неповрежденные кости выполняют шинирующую функцию. Но, не устраненные смещения, особенно под углом, открытым в тыльную сторону, нарушают опорную функцию стопы. В настоящее время для лечения переломов данной локализации применяют консервативный и оперативный методы лечения. Консервативное лечение (гипсовая иммобилизация в сочетании с закрытой репозицией костных отломков) приводит к значительному количеству осложнений (вторичное смещение, неправильно сросшиеся, несросшиеся переломы, ложные суставы) на фоне недостаточной фиксации костных отломков. В качестве оперативного метода лечения используется погружной остеосинтез различными металлоконструкциями (пластины, спицы, винты) и внеочаговый остеосинтез аппаратами. Погружной остеосинтез имеет свои недостатки: травматизация тканей, нестабильность некоторых металлоконструкций (спиц), необходимость гипсовой иммобилизации, повторная операция по поводу удаления металлоконструкции. Сообщений об использовании аппаратов внешней фиксации для лечения переломов плюсневых костей чрезвычайно мало. В основном это аппараты циркулярного или полуциркулярного типов, имеющие громоздкую внешнюю опору и причиняющие неудобства пациентам во время лечения. Поиск оптимального

остеофиксатора в настоящее время является актуальной проблемой в хирургическом лечении переломов плюсневых костей.

Цель исследования – проанализировать результаты хирургического лечения переломов плюсневых костей с помощью малоинвазивной методики комбинированного остеосинтеза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в Андижанском областном многопрофильном медицинском центре в травматологическом отделении находилось с 2019- 2021 года 27 пациентов с переломами плюсневых костей со смещением отломков, 21 (84%) мужчина и 6 (16%) женщин. Пациенты трудоспособного возраста составили 91,3%. По локализации переломы разделились следующим образом: I плюсневая кость – 4 пациента (14,8%), II плюсневая кость – 5 пациентов (18,5%), III плюсневая кость – 5 пациентов (18,5%), IV плюсневая кость – 6 пациентов (22,3%), V плюсневая кость – 7 пациентов (25,9%). Всем 27 пациентам был применен оперативный метод лечения – комбинированный остеосинтез.

Под спинальной анестезией выполняли закрытую репозицию костных отломков. Через дистальный отдел плюсневой кости интрамедуллярно проводили спицу Киршнера в проксимальный отломок. Через каждый костный отломок в поперечном направлении с контралатеральных сторон проводили по 2 консольных спицы. Концы интрамедуллярной и консольных спиц Г-образно изгибались и при помощи шайб с прорезью и гаек крепились к наружной опоре – резьбовому стержню. Этапы репозиции и проведения спиц контролировались при помощи ЭОПа. Таким образом, метод сочетает в себе интрамедуллярный и внешний остеосинтезы. Оценку лечения переломов плюсневых костей проводили при помощи клинических (продолжительность стационарного и общего лечения, наличие или отсутствие осложнений, исходы лечения) и физических (реабилитационные тесты) методов.

Результаты. Продолжительность стационарного лечения составила 4 сут. Срок общего лечения у больных после комбинированного остеосинтеза составил 32 сут. Удаление металлоконструкции проводилось амбулаторно и повторной госпитализации не требовало. По данным опросника «Функциональная Шкала для Нижней Конечности» по M.Binkley, 1999 г. установлено, что на 60-е сутки после операции восстановление функции стопы при использовании комбинированного остеосинтеза составило 62 балла. К 90 суткам после операции функция стопы была полной-80 баллов. Во всех 27 случаях удалось достичь точной репозиции костных отломков и консолидации переломов. Осложнений, повлиявших на продолжительность лечения, не было.

Выводы Комбинированный остеосинтез переломов плюсневых костей является малоинвазивным методом, сочетающим в себе интрамедуллярный и внешний остеосинтезы. Данное оперативное вмешательство обеспечивает надежную фиксацию костных отломков и позволяет быстро восстановить функцию поврежденного сегмента. Малогабаритные внешние опоры не причиняют неудобств пациентам во время лечения.

**КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИ
КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ
ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШ.**

*Мадазимов М.М., Кетмонов А.Г., Исомиддинов З.Д.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзуни долзарблиги: БЖССТ маълумотиға кўра ҳар йили 100 000 аҳолига 294-384 тагача, яъни 3,8 % одамлар куйишдан азият чекадилар. Республикамизда эса бу кўрсаткич 2,3 % ни ташкил этади. Кўп холларда куйиш жарохати битгандан сўнг

беморларда бош, бўйин, тана, қўл ва оёқларда чандикли деформация (тери ва юмшоқ тўқималарни бужмайиб қолиши) лари ва котрактура (ёзилмай қолиш) лари кузатилади. Жумладан елка ва тирсак бўғимидаги куйишдан кейинги келиб чиқадиган контрактуралари қўлнинг эркин харакатланишини чегаралайди ва беморларни ногиронликка олиб келади.

Материаллар ва текшириш усуллари: Хозирги кунда АВБКТТМ Юз-жағ ва пластик хирургия бўлимида куйгандан кейинги учрайдиган асоратларни пластик-қайта тиклаш жаррохлик усулларининг янги ва замонавий усуллари қўлланилмоқда. 2019 йилдан 2021 йилгача 80 дан ортиқ болаларда куйгандан кейинги бўғимларнинг чандикли букилган контрактурасини бартараф этиш билан ташрих бажарилди. Шулардан биз елка ва тирсак бўғими чандикли букилган контрактураси билан 32 нафар беморларни назорат қилдик. Шулардан 20 нафари асосий гуруҳ ва 12 нафари назорат гуруҳи қилиб олинди. Беморларда умумклиник текширув усуллари билан бирга елка ва тирсак бўғимлари рентгенографияси, чандик қалинлиги, чандикларни остидаги тўқималардан ажраганлиги холатлари ўрганилди.

Мухокама ва натижалар: Бизга маълумки елка ва тирсак бўғими чандикли контрактураларини бартараф этишда анъанавий бўлмиш дерматом ёрдамида шилиб олинган автодермопластика усулидан фойдаланилади. Бу усулни камчилиги айрим холларда кўчириб ўтказилган юпқа тери ретракцияси ва лизиси хисобига жароҳат чандикланиб битиб, контрактурга қайталади.

Биз бу камчиликларни хисобга олиб куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари тотал чандикли контрактураларини бартараф этишда янги замонавий усул, «комбинациялашган» усулини тадбиқ этдик. Ушбу усул билан куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари тотал жойлашган чандикли букилган контрактуралари 20 нафар бемор болаларда ташрих ўтказилди.

Ташрих техникаси қуйдагича: елка ва тирсак бўғимида тотал жойлашган чандикларнинг қиррали тортиб турувчи қисми соғ тери чегарасидан «икки ўрқачли» лахтак хосил қилиб кесилади. Лахтак тери ости ёғ қавати билан бирга мобилизация қилинади. Тортиб турувчи чандик лахтакка мос равишда кесилади. Гемостаз. Бўғим тўлиқ редроссация қилинади. Хосил бўлган жароҳатга «икки ўрқачли» лахтак ёпилиб, четлари атравматик тугунли чоклар билан тикилади. «Икки ўрқачли» лахтакнинг икки четидаги чандиклар кесиб олинади ва хосил бўлган жароҳатга чов сохасидан олинган эркин бут тери ёпилиб, четларига атравматик тугунли чоклар қўйилади. Донор жароҳат ўткир дермотензия усулида тикилади. Барча беморларда операция вақтида ва операциядан кейин 4-5 кун мобайнида антибиотикотерапия, операциядан кейинги даврда эса физио ва больнеотерапия ўтказилади. Натижалар 1,5-2 ойдан сўнг мухокама қилинади.

Хулоса: Олинган натижаларгалар шуни кўсатадики, назорат гуруҳидаги 12 нафар бемордан 3 (25%) нафарида жароҳат сохасини катталига натижасида дерматом ёрдамида шилиб олиниб қўйилган тери лизиси, ретракцияси ва бўғим контрактураси кузатилди. Асосий гуруҳдаги 20 нафар бемордан 2 (10%) нафарида беморда кийким ортиқча қалинлиги сабабли бўғим сохасидаги деформация туфайли косметик нокулайлик кузатилди ва 18 (90%) нафар беморда бўғим фаолияти яхшиланиб, меҳнат фаолияти тўла тикланиб яхши натижаларга эришилди.

**ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У
ДЕТЕЙ**

*Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д., Тешабоев М.Г.
Андижанский Государственный медицинский институт. Узбекистан.*

Многими исследованиями, в результате психопатологических обследований больных с ожогами, обнаруживались расстройства памяти, осмысливания, психосоматические нарушения (Аграновский М.Л., 2020). У таких больных преобладали вспыльчивость, гневливость, неустойчивость настроения, подавленность с оттенком дисфарии. При наличии уродующих рубцовых изменений, больные обвиняли окружающих в плохом к ним отношении и насмешках над их внешностью, что приводило к необщительности, утрате контакта с окружающими (Каюмходжаев А.А., 2019, Фаязов А.Д., 2017).

Особенно тяжело изменение внешнего вида переносится подростками. Они часто подвергаются насмешкам одноклассников, что приводит к нежеланию у таких детей посещать школу, психологическим срывам, и даже к появлению мыслей о самоубийстве и способах его совершения. Все это вместе взятое значительно ухудшает качество жизни пациента.

Для изучения качества жизни пациентов с рубцовыми деформациями до и после пластики был использован - "Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF)". Изучены результаты из 204 пациентов 99 (48,5%) были в контрольной группы и 105 (51,4%) пациентов в основной группе. Все исследования проводились в отдаленные сроки после операции (от 6 месяцев до 2 лет).

Общий показатель качества жизни в контрольной группе увеличился 53,2±2,71 до 69,8±3,74 баллов (P<0,015), в основной группе 54,5±4,6 до 80,2±4,1 баллов (P<0,02). Разница в исходе лечения и общей оценке функционально-косметического результата также оказалась достоверной, с более высоким значением в основной группе.

С учетом двух первых вопросов WHOQOL-BREF, которые оцениваются отдельно от общей шкалы были получены следующие значения. Вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» - показатель в среднем улучшился с 2,3±0,12 до 3,5±0,11 баллов (P<0,015) в контрольной группе и с 2,4±0,12 до 3,9±0,13 баллов (P<0,02) в основной группе, при этом разница в приросте между группами оказалась также достоверной (P<0,018). По вопросу «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» - показатель в среднем улучшился с 2,1±0,10 до 3,0±0,15 баллов (P<0,015) в контрольной группе и с 2,1±0,11 до 4,1±0,21 баллов (P<0,025) в основной группе, при этом также разница в приросте между группами оказалась достоверной (P<0,018).

Таким образом, анализ качества жизни пациента с последствиями ожогов нижней конечностей после хирургического лечения показал, что внедренные способы пластики позволили улучшить показатель оценки социально-физической сферы здоровья с 62,8±2,75 до 81,5±2,58 баллов (P<0,02).

**КУЙИШЛАР НАТИЖАСИДА ЧАНДИҚЛИ ОҚИБАТЛАРИ БЎЛГАН
БОЛАЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ**

*Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д.
Андижон Давлат тиббиёт институти. Узбекистон.*

Куйикда кейинги реабилитация тўғрисида сўз юритилганда консерватив ва оператив реабилитацияга бўлиб кўриб чиқамиз. Реабилитация чандиқланиш

бошлангандан кейин амалга оширилади. Куйикдан кейинги чандиқли деформацияларни профилактикаси ва даволаш мураккаб жараёнлардан бири ҳисобланади. Таклиф этиладиган усуллар биринчи навбатда патологик чандиқ ҳосил бўлишини олдини олишга қаратилган бўлиши лозим. Чандиқ ҳосил бўлаётганда амалга оширилган қайта тиклов жаррохлик амалиётлари кам натижали бўлиши мумкин. Шу сабабда чандиқли контрактура ёки чандиқли деформацияни даволашда шифокордан жаррохлик амалиётини бажаришдан аввал консерватив даво қўллаши лозим бўлади. Бу албатта маълум вақтни талаб этади, шунда бажарилиши мумкин бўлган операция хажми, лахтақлар миграцияси, яшовчанглиги, ва албатта бўғимнинг ҳаракатини тўла тиклаш имкониятини яратади.

Куйикдан кейинги деформациялар ҳар доим ҳам чандиқ билан яқунланмайди, баъзи ҳолатларда жаррохлик аралашуви яъни тери кўчириб ўтказиш амалиёти ҳам бажарилиши мумкин. Кўчириб ўтказилган тери лахтаги ҳар доим ҳам биз кўзлаган натижани бермайди, лахтак вақт ўтиши билан ўз хусусиятини йўқотади, ҳажм жихатидан кичраяди, бир сўз билан айтганда иккиламчи ретрацияга учрайди. Морфо-функционал ҳолати ўрганиб чиқилган ва тери қопламани қайта тикланишини 3 даврга бўлиб берган: 1 давр - ретракция – жароҳат битгандан 3 ойгача бўлган муддатда ҳосил бўлади. 2 давр - деретракция – 3 ойдан 12 ойгача ва 3 давр - стабилизация – 1 йилдан сўнг. Баъзи муаллифлар эса 4 даврга бўлишади: эпителизация, шиш, қаттиклашиши, юмшаши, бу ерда ҳар давр 3-4 ҳафтани талаб этади.

III-A даражали куйишда жароҳат битгач, микроциркуляцияни бузилиши қуйидагича намоён бўлади. Обектив томондан трофик ўзганган тўқималарда чандиқ қопламасини рангини ўзгариши, ёриқлар ва баъзида ярани ҳосил бўлиши бўлса субектив маълумотга кўра қичишиш, оғрик, сезгини пасайиши кузатилади. Айтиб ўтиш лозимки, баъзи ҳолатларда донор жароҳатда атрофик ва чандиқли ўзгаришлар кузатилади.

Шифокор томонидан қайта тиклов жаррохлик амалиётларини бажаришда беморни умумий ҳолати инобатга олиниши шарт. Бемор тўла текширувдан ўтиши лозим, унутмаслик керакки оғир даражали куйикдан кейинги беморларда куйик касаллиги яъни, юрак қон-томир, нафас тизими, жигар, буйрак, иммун ҳолати, ошқозон ичак тизими, эндокрин тизимларда қатор полиорган етишмовчиликлар кузатилади. Айниқса, алангадан куйган беморларда бу тизим фаолияти 6 ойдан 3 йилгача бўлган муддатда тикланиши мумкин. Лекин масалани иккинчи томонини унутмаслик лозим ҳаракат тизимидаги чандиқли ўзгаришлар бу муддат ичида асосий қайта тиклов амалиётларини ўтказиш лозим бўлади. Бу ҳолатларда бемор ҳолатига эмас, балки чандиқли ўзгарган тўқималарни функционал ҳолатни қайта тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Узоқ муддат нафас тизимидаги муаммолар беморларда энцефалопатияни келтириб чиқаради. Бу бемордаги ўзига бўлган ишончини йўқотади. Уларнинг психоневрологик ҳолати бузилиб, баъзан одам ови, баъзида эса ўта жahlдор бўлиб қоладилар. Хаёт сифати бузилади. «WHONAL-BREEF» бўйича хаёт сифатини жаррохлик амалиётигача ва амалиётдан кейинги тахлили шуни кўрсатадики, беморлардаги ўзига ишонч, қатъиятчилик 10 баллик тизимда баҳоланганда 6,6 дан 7,2 баллга кўтарилганлигини кўриш мумкин. Шуни инобатга олган ҳолда тиббий реабилитация беморларга ўзлигини англашга, хаётдан мамнун бўлишига ёрдам беради. Тиббий реабилитация 3 даврга бўлинади: 1 давр – эрта, бунда бемор шифоханадан уйга чиқарилганда максимал равишда бўғимлар вазифасини консерватив усуллар, шу билан бир қаторда юрак қон-томир, нафас тизими, буйрак ва жигар фаолиятини тиклашга қаратилади. 2 давр – жаррохлик амалиётлари даври бўлиб, контрактура ёки деформацияларни бартараф этиш косметик ва функционал нуқсонларни камайтиришга қаратилган. Бунда жаррохлик амалиётдан кейин ортопед ва травматолог томонидан (миотомия, пай пластикаси, остеотомия, остеосинтез ва бошқа) амалиётлар

бажарилади. 3 давр – яқунловчи давр бўлиб, амалиётдан кейинги 2-4 хафталарда амалга оширилади. Бу давр фақат бўғим ёки орган фаолиятига қаратилган бўлади.

Хулоса. Стабилизация даврини тезлаштириш учун беморларга консерватив даво тавсия этилади. Бир вақтни ўзида куйикдан кейинги беморларга таянч ҳаракат тизими фаолияти ва умумий ҳолатини тиклашга қатарилади.

КУЙИК АСОРАТЛАРИ БОР БЕМОРЛАРНИ ПРОФИЛАКТИК МУОЛАЖАЛАРНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

*Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д.
Андижон Давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон.*

Куйишлар умумий сонини 30-35% дан кўпроғи болаларнинг улушига тўғри келади. Тараққий этган давлатларда АҚШ, Германия, Франция, Буюк Британия, Россия ва бошқа давлатларда куйиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилинганда, ҳар 100 минг аҳолига 160-190, ўлим кўрсаткичи эса 2,1% ни ташкил қилади. С.П. Пахомова (1997) маълумотига кўра, умумий куйишдан азиат чекканларнинг 1,7% болалар улушига тўғри келади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига 19-23 нафарга тўғри келади яъни умумий аҳолининг 6-8 минг нафари куйик жароҳати билан рўйхатга олинади, бундан 2,4-2,8 минг болаларга тўғри келади.

Президентимизнинг ташаббусига билан ижтимоий соҳага қаратилаётган эътибор шошилинч тиббий ёрдамни ташкил этилиши бир қатор куйик бўлимларини вилоят марказларида очилиши эрта даволашга қаратилган қадам ҳисобланади. Ногиронликни эрта аниқлаш ижтимоий ҳимояга олиш давлат томонидан тўғри ва изчил олиб борилмоқда. Шу билан бирга бир қатор ечими топилмаган муаммолар борки, беморлар куйик бўлиmidан чиққандан кейинги реабилитацияси травматолог ёки жаррох назорати остида қолишига олиб келмоқда. Бу мутахассислар етарли даражада малакага эга эмаслиги, куйикдан кейинги эрта реабилитация (массаж, чандиқларни сўрдирувчи муолажалар, санатор-курорт муолажалар), оператив даволашни кечиктириш ҳалигача муаммо ечими топилмаганлигини кўрсатиб турибди, бу эса ногиронлик даражасини ортишига олиб келмоқда. Бундан ташқари бакалаврлар, клиник ординатура ва магистратурада таҳсил олаётган талабаларни ўқув адабиётларда куйик, куйик асоратларини даволаш бўйича манбаларни йўқлиги, ҳаттоки вилоят марказларида куйик асоратларини даволашга ихтисослаштирилган бўлимларнинг йўқлиги масалага яқинроқ ёндашувни талаб этмоқда. Рақамларда кўрсатиб ўтилганда 6-8 минг куйикдан кейинги беморларнинг 18-27% яъни, 2 мингга яқин беморлар йилига қайси марказга ёки қайси шифокорга мурожаат қилишини билмайди. Муаммонинг иккинчи томонига назар соладиган бўлсак, бу беморларнинг (оператив давога мухтожлар) 600-620 нафари ҳаракат тизимида куйикдан кейинги нуқсонлилар ҳисобланади. Ўз вақтида малакали тиббий хизматни ташкил этмаслик бўғим контрактураси кейинчалик эса бўғим онкилозига олиб келиши беморларни умрбод ногирон бўлишига олиб келмоқда. Айтиш мумкинки, ҳозирда таянч ҳаракат тизими учун ишлаб чиқилган (сунъий бўғим) махсус тиббий ашёлар терининг чандиқли ўзгарган сохаларида ёки мушак пай сохаларида қўлланилмаслиги ҳали ечими топилмаган қисми ҳисобланади. Масалани иккинчи томонига эътибор қаратиш муҳим деб ўйлаймиз. Болаларни таълим олиши жисмонан ва тафаккурини ривожлантиришга махсус мактабларни ва реабилитация масканларини йўқлиги бу контингент беморларни назардан четда қолганини кўрсатиб турибди.

Стационар даводан амбулатор давога юборилишида барча даволанганларнинг 6,9% ҳолатларда беморлар ногирон ҳисобланадилар. Агарда беморларни ногиронлик гуруҳига кўра тақсимланганда 1-гуруҳ 56,5%, 2-гуруҳ 40,5% ва 3-гуруҳда эса 3%. Ногиронлик даражасини сабаблари ўрганиб чиқилганда, битмаган ёки трофик яралар,

куйикдан кейинги чандикли деформациялар ва контрактуралар 69,6%, харакат тизими аъзолари ва кафт бармоқлар харакатини чекланиши 19%, оёқ ва қўллар ампутациялари 9% ташкил этади.

Хулоса. Ногиронларнинг 62% 7-16 ёшдаги беморларни ташкил этиб, улар мактаб ёшидаги болалар аҳолиси катламини ташкил қилади. Таъкидлаш лозимки, 2-3 йил вақт оралиғида беморларда ногиронлик даражаси 69%га, бундан ташқари 71% холатларда ногиронлик гуруҳи яъни 1-гуруҳдан 2-гуруҳга, 2 дан 3 га камайган. Шу сабабда куйикдан кейинги тикланиш давридаги беморларни диспансер назоратига олиш ва қайта тиклов давосини ўтказиш кейинги босқичда меҳнат қобилятини тикланишига олиб келади.

СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПОЛНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

*Маматов М.А., Абролов Х.К., Холмуратов А.А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Неполный аномальный дренаж легочных вен (НАДЛВ) – врожденный порок сердца, характеризующиеся дренированием одной или нескольких, но не всех, легочных вен в правое предсердие. В ряде случаев аномальные легочные вены впадают в верхнюю полую вену (ВПВ) или кава-атриальное соединение в сочетании с синус-септумдефектом. До настоящего времени, по мнению авторов хирургическая коррекция порока в основном решены, но, несмотря на подобное единство взглядов на показания к коррекции НАДЛВ, многие частные вопросы остаются предметом дискуссий. В основном они касаются самих способов хирургической коррекции, оперативному доступу и условий обеспечения операции. С учетом этого в настоящем сообщении излагаем наш подход к хирургическому лечению больных с НАДЛВ.

Цель исследования. Научно обоснованно анализировать адекватность радикального метода внутрисердечной реконструкции неполной аномальный дренажа легочных вен с помощью аутоперикарда.

Материал и методы. За период с 2001-2021 гг. в специализированных кардиохирургических отделениях РСНПЦХ им акад. В.Вахидова и клиники АГМИ оперированы 122 больных в возрасте 5- 47 лет, средний возраст составлял (14,2-0,7) лет, с различными анатомическими вариантами НАДЛВ. Диагностику порока основывали на анализе совокупности данных клинических и специальных методов исследования, включая эхокардиографию, мультиспиральную компьютерную томографию с контрастом и катетеризацией полостей сердца с ангиокардиографией. Операции выполняли из срединной стернотомии и торакотомии правым боковым доступом, при «открытом» сердце проводили у 63 пациентов нормотермическое (45,3-2,01) мин, и у 59 - гипотермическое (58,2-1,8) мин искусственное кровообращение с фармакоологической кардиopleгией. Из 122 больных у 115 НАДЛВ сочеталась с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП); у 7 больных ДМПП не было и у 17 размеры дефекта были небольшими, у всех этих больных ДМПП расширили до нужного размера, чтобы кровь притекающие из легочных вен не обтурировался. У 31 больных аномально впадала одна легочная вена, у 73 две и у 18 - три. В зависимости от уровня впадения легочных вен и расположения ДМПП больные распределены на 4 группы: у больных первой группы (14 пациент) аномальные легочные вены впадали в ВПВ, у больных второй группы (87 пациент) – в правое предсердие; у 5 пациентов третьей группы аномальные легочные вены впадали в ВПВ и 16 больных место впадения было смешанным. У 7 (5,7%) оперированных имелась добавочная левосторонняя ВПВ, открывающаяся в коронарный синус.

Результат и обсуждение. Так, в 78 наблюдениях имелся 2 тип, кардиальный, тип порока; в этих случаях одна или несколько ЛВ отдельными, близко друг от друга расположенными, устьями открывались рядом с ДМПП – была выполнена пластика дефекта ауто- или ксеноперикардом с одновременной дислокацией устьев легочных вен в ЛП. При смешанном типе неполной формы АДЛВ, где ЛВ впадали в ВПВ высоко от ее устья – в этих случаях заплата, обычно больших размеров, вшивалась с таким расчетом, чтобы под ней создать общий туннель, соединяющий устья довольно отстоящих ЛВ с плоскостью ДМПП. Среди оперированных 122 больных летальных исходов не было; все они выписаны из клиники без признаков сердечной недостаточности и практически без жалоб, в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Объем и способ устранения ЧАДЛВ надо выбирать в зависимости от уровня впадения легочных вен, их взаимоотношения с плоскостью ДМПП. Наиболее адекватным и радикальным методом является внутрисердечная реконструкция с помощью аутоперикарда.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛОЖНОГО ГИГАНТСКОГО АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ, ОБЩЕЙ И НАРУЖНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.

Маткаримов Б.Х., Касымов А.Л., Зияев Х.

Андижанский государственный медицинский институт.

Ложные аневризмы магистральных артерий в структуре реконструктивных операций на магистральных сосудах составляют от 0.5 до 8-9 %. Наиболее известными причинами их возникновения являются катетеризация бедренной артерий при диагностических и лечебных процедурах и травмах сосуда. Диагностика и оперативное лечение аневризм поверхностно расположенных артерий не представляет сложностей, однако клиническое наблюдение аневризм больших размеров этих локализацией являются казуистикой. В связи с этим представляем клинический случай успешного хирургического лечения гигантского ложного аневризма общей и наружной артерии левой нижней конечности.

Приводим случай клинического наблюдения:

Больной А., 54 лет (история болезни №; 9915/696) госпитализирован в отделение сердечно - сосудистой хирургии клиники АГМИ 04.06.2018 г. с жалобами на наличия довольно больших размеров объемного образования по передней поверхности верхней треть бедра левой нижней конечности, которое со слов больного прогрессивно стало увеличиваться в размерах и сопровождаться появлением болей в области опухолевидного образования, а также отмечает ограничения движения в конечности, общую слабость, снижение трудоспособности. Из анамнестических сведений установлено, что считает себя больным в течении 2-лет, когда впервые стал замечать появление небольших размеров опухолевидного образования в области верхней треть/бедра левой нижней конечности. Со слов больного в 2016 году он получил травму в область паха слева. Больному в амбулаторных условиях была проведена хирургическая манипуляция, однако уточнить и выяснить характер и вид лечебной либо диагностической манипуляции не представлялось возможным. Постепенно опухолевидное образование стало увеличиваться в объеме, а за последнее время оно прогрессивно приобретало значительные размеры, которое стало причинять ограничения движения и болезненность в левой нижней конечности. Все это заставляло больного обратиться за медицинской помощью и в связи с этим 04.06.2018 г. был госпитализирован в специализированное отделение сердечно- сосудистой хирургии клиники АГМИ для дальнейшего обследования и лечения. Общее состояние больного при поступлении средней тяжести. Нормостеник. Кожные покровы и видимые

слизистые бледноватой окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия. А/Д 140/70 мм.,рт.,ст. пульс 80-82 ударов в минуту. Язык влажный, обложен белосоватым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание регулярное.

Status localis: При осмотре по передней поверхности верхней треть бедра слева определяется объёмное образование размерами 40x25см., малоподвижное, плотноватой консистенции. Кожа над образованием истончена, напряжена, с участками цианоза и формирующегося некроза. Определяется ограничение движения и болезненность в левой нижней конечности. При аускультации систо-диастолический шум. В 2017 году больному было проведено ультразвуковая доплерография (УЗДГ) и при этом было выявлено следующее состояние: « Аневризм верхней трети бедра левой нижней конечности размерами 120x102x130мм., 80% заполнен сгустками крови объёмом 800мл. Бедренная артерия проходит по задней -внутренней стороне аневризма на уровне малого таза, подвздошная артерия дилатирована с образованием S- хода (от 26.10.2017). Следует отметить, что больной в 2017 году практически не обращался за медицинской помощью. Больному 07.04.2018 году проведена МСКТ (ангиография) и при этом установлено наличия (объёмного образование проксимального вентрального отдела левого бедра, возможно гемангиома. Заключение МСКТ: « Аневризм левой общей и наружной подвздошной артерии. Деформация и расширение брюшной аорты. Аневризм левой бедренной и левых наружной и общей подвздошных вен». Результаты клинико-лабораторных методов исследования: Нв 61,6^{г/л} ; эрит.-4,6; лейкоц.-7.7; ДС-ИФА-НВsAg-0,100/0.012; ДС-ИФА-НСВ-0,230-0,020; ПТИ-100%; общий бил.-17.4; пр/бил.-3.48; неп/бил – 13.92; АЛТ – 0.6; АСТ-0.24; общ/белок-69.5. На ЭКГ синусовая тахикардия, ишемия миокарда. Рентгеноскопия грудной клетки без особенностей. В клинике принимая во внимания анамнестические сведения, результаты объективного и инструментальных методов исследования (УЗДГ,МСКТ), был выставлен клинический диагноз: « Гигантский аневризм левой общей и наружной подвздошной артерии. Аневризм левой бедренной и левых наружной и общей подвздошных вен. Артериовенозный шунт». В клинике учитывая прогрессивное увеличение объёмного образования, возможность развития осложнения после предварительной предоперационной подготовки больному 09.06 2018 году под эндотрахеальным наркозом выполнена операция «Лапаротомия, ревизия брюшной аорты и подвздошной бедренной артерии». Ликвидация артериовенозного свища и аневризма бедренной артерии. Протезирование общей бедренной и подвздошной артерии слева с протезом «Север №9». Во время операции было выявлено: тотальное расширение эндо и супроренальной части стенки брюшной аорты, расширение подвздошной артерии, при пальпации определялось систо-диастолическое дрожание нижней треть брюшной аорты и подвздошной артерии. Продольным разрезом вскрыта ложная аневризма, в полости которой имеются тромботические массы объёмом до 1.5-2 л. Далее произведена ликвидация артериовенозного свища и аневризма бедренной артерии с протезированием общей бедренной и подвздошной артерии слева.

Послеоперационный период протекало гладко, однако 19.06.2018 году наступило осложнение «послеоперационная эвентрация кишечника» и в связи с чем произведено операция «Ликвидация эвентрации кишечника». В послеоперационном периоде больному проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, кардиальная и общеукрепляющая терапия. Постепенно общее состояние больного стабилизировалось и 23.06.2018 году больной выписан из стационара на амбулаторное лечение с рекомендацией находится под наблюдением следующих специалистов: ангиохирурга, кардиолога и абдоминального хирурга по месту жительства. Больной повторно обследован через месяц после операции, состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, общее самочувствие хорошее.

Заключение Таким образом, случай клинического наблюдения свидетельствует о том, что при диагностике сложных гигантских аневризм, следует пользоваться информативными высокотехнологическими методами исследования, которое даёт возможность проводить оперативное вмешательство с благоприятным исходом.

**УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ**

Маҳкамов Н. Ж., Нарматова Д. М.

Муаммонинг долзарблиги. Орқа миядаги дегенератив ўзгаришлар ривожланган мамлакатлар аҳолисида деярли бир хил даражада содир бўлади, улар овқатланиш ва турмуш тарзи одатларига асосланган деб ҳисобланади. Шундай қилиб, Жанубий-Шарқий Осиё аҳолисининг энг камбағал қатламлари орасида умуртқа поғонасидаги аниқ дегенератив ўзгаришларнинг частотаси атиги 30% ини ташкил қилади, аммо фаровонликда ўсаётган ўша минтақалар аҳолиси орасида деярли бир хил оғриқ 100% катталар бу касалликни бошдан кечирган.

Орқа мия биомеханикасининг бузилиши дегенератив ўзгаришларнинг локализацияси ва зарбларга таъсир қилади. Озиқланиш ва мажбурий турмуш тарзини ўзгартириш хусусиятларига қараб физиологик биомеханиканинг бузилиши умуртқа поғонасидаги дистрофик-дегенератив ўзгаришлар ривожланишининг олдинги омиллари ҳисобланади. Одатда мавжуд бўйин ва бел лордозини ҳам умуртқа поғонасининг дегенератив жараёнларининг ривожланиши учун хавфли омиллар бўлиб, дискнинг олдинги бўлимларига кўпроқ босим ўтказиши ва ҳалқадаги дегенератив ўзгаришларнинг ривожланиши билан дирилдоқ ядроси орқага силжий бошлайди. Дискнинг орқа қисмларининг орқа мия каналига бўртиб чиқиши дискнинг силжишига ва бу зонада реактив суяк ўзгаришларининг шаклланишига олиб келади - остеофитлар; Бундай ўзгаришларнинг рентгенограммаси спондилоз деб аталади;

Муаммонинг ўрганиш даражаси.

Орқа миядаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар биринчи навбатда хавфлидир, чунки улар сурункали патологияга айланиши мумкин. Дегенератив-дистрофик патологиялар билан ҳасталанган беморларнинг тахминан 85 фоизи доимий равишдаги оёқ ва бел соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар .

Орқа мия ДДК сабаблари жуда кўп, асосий омиллари; умуртқа поғонасининг маълум бир қисмидаги интервертебрал дисклар соҳасида метаболик жараёнлар ва қон айланишининг бузилиши; орқа мия тўқималарида озуқа моддаларининг етишмаслиги; орқа мия шикастланиши, шунингдек, травмадан кейинги синдромлар; орқа мия устидаги ортиқча юк; Оғирликни нотўғри ва тез-тез кўтариш; боғламларни, мушакларни чўзиш; орқа мия микроспазми; орқа миядаги юқумли жараёнлар; гормонал бузилишлар; танадаги яллиғланиш жараёнлари; зарарли одатлар; нотўғри овқатланиш; ортиқча вазн; доимий ўтиришдаги турмуш тарзи, ҳаракатсиз иш; Тўқималарда ёшга боғлиқ ўзгаришлар, тўқималарнинг нотўғри озиқланиши; генетик сабаблар. Сабаблар рўйхатида умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларини ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган турли хил омилларни аниқ кўрсатади.

Тадқиқот мақсадлари:

- умуртқа поғонаси дегенератив касалликларининг эрта намоён бўлишини аниқлаш учун клиник ва анамнестик таҳлил ўтказиш;
- умуртқанинг дегенератив касалликларининг эрта клиник кўринишларини, сабабларини ва хавф омилларини ўрганиш;
- умуртқа поғонаси юмшоқ тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг эрта патоморфологик белгиларини аниқлаш;

- умуртқа поғонасининг суяк тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг дастлабки патоморфологик белгиларини аниқлаш;
- умуртқа поғонасидаги дегенератив ўзгаришларнинг дастлабки ташхислаш белгиларининг алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг илмий ва амалий аҳамияти

Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликлари бўйича эрта клиник, анамнестик ва инструментал маълумотларнинг хусусиятлари тўғрисидаги маълумотлар зарур терапевтик тадбирларни ишлаб чиқишга имкон беради.

Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари ривожланишининг эрта клиник кўринишлари, сабаблари ва хавф омилларининг хусусиятларини аниқлаш бу умуртқа поғонаси касалликларининг характерли дастлабки белгиларини тушунишга имкон беради.

Орқа миянинг юмшоқ ва суяк тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг характерли эрта патоморфологик белгиларини аниқлаш бел умуртқалари касалликларининг дифференциал диагностик белгилари нима эканлигини аниқ кўрсатади. Ва шуларга асосланган ташхислаш, даволаш ва профилактик тадбирларини олиб боришимиз беморларнинг умуртқа поғонаси касалликларини оғир асоратлари билан касалланишларини бартараф этади ва бу билан мутахассисларимиз инсонлар саломатлиги ва соғлом турмуш тарзини юксак ривожланишига ўз хиссасини қўшган бўлади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ КОРЕКЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ

Мирзаханов С.А. Каракулов К.Х.

Литературные данные относительно оперативного или не оперативного лечения больных с повреждениями грудного отдела позвоночника при отсутствии неврологических симптомов противоречивы [1]. Определение стабильности перелома является первой и главной задачей в алгоритме оказания помощи больным с повреждениями грудного отдела позвоночника.

Транспедикулярная фиксация и непрямо́я редукция сломанного позвонка могут обеспечить прочную фиксацию всех трех колонн позвоночного столба и коррекцию оси позвоночника, путем лигаментотаксиса [2]. У пациентов с неврологическим дефицитом считается рутинным выполнение прямой декомпрессии перед редукцией сломанного позвонка, однако современные данные свидетельствуют о том, что неврологический статус не ухудшается при непрямо́й редукции [3].

Изучить результаты лечения больных с переломами грудного отдела позвоночника методом транспедикулярной коррекции и стабилизации.

Проанализирован опыт оперативного лечения 62 больных с повреждениями позвоночника грудного отдела локализации в период 2019-2021 годы в отделении вертебурологии Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский центр травматологии и ортопедии. Распределение по полу и возрасту приведено было следующим: от 16 до 20 лет - 12 пациентов, от 21 до 40 лет – 44, от 40 до 60 лет - 6. Мужского пола - 47 пациентов, женского – 15. Повреждения локализовались на уровне Т8-Т10- у 1 больного, Т11 - L2 - 56, L3-L5 – у 5.

Диагностика повреждения начиналась с рентгенографии поврежденного сегмента позвоночника в двух проекциях. Угол кифотической деформации измерялся по методу Cobb. Определение характера повреждения и оценка стабильности проводилась по классификации F.Mayerl et al., 1994г. После предварительного уточнения механизма травмы назначалась компьютерная томография и/или магнитно-

резонансная томография в течение 1-3 дней после госпитализации. При подозрении повреждения связок, а также при угле кифотической деформации больше 20 градусов магнитно-резонансная томография считалась обязательной.

Стеноз позвоночного канала выражали в процентах по сравнению с вышележащим и нижележащим позвонками. Неврологический дефицит оценивали по шкале Frankel.

Оценка результатов проводилась по динамике неврологической симптоматики, степени восстановления кифотической деформации, сращению позвонка в течение 2 лет после операции.

У 23 больных произведена непрямая коррекция кифотической деформации и транспедикулярная коррекция и стабилизация поврежденного сегмента позвоночника. У 8 больных операция дополнялась гемиламинэктомией в связи со стенозом позвоночного канала и неврологической симптоматикой. У 10 больных произведена ламинэктомия с последующей коррекцией оси позвоночника и транспедикулярной фиксацией, еще у двоих больных редукция сломанного позвонка оказалась неэффективной, а ревизия позвоночного канала показала сохраняющийся стеноз и разрыв продольной связки. Этим больным также произведена ламинэктомия с последующей транспедикулярной фиксацией позвонков. У двоих пациентов после КТ и МРТ исследования диагностирован перелом смежного позвонка, больным произведена фиксация позвонков выше и ниже поврежденных. Этим больным рекомендовалось ношение корсета в течение 1 года без нагрузки на позвоночник. Двоим больным с переломами двух не смежных позвонков классифицированных как переломы типа А3 и А1 в одном случае и А3, А2 в другом производилась транспедикулярная фиксация нестабильного А3 повреждения, с последующим консервативным лечением сопутствующего перелома. В двух случаях при давности повреждения более 6 недель произведена транспедикулярная фиксация включавшая поврежденный позвонок, что способствовало большей коррекции деформации.

Угол кифотической деформации до операции составлял в среднем $18,0^{\circ}$ (от 8° до 25°), после операции остаточная кифотическая деформация составляла в среднем 3° (от 0° до 15°), а к концу периода наблюдения средняя величина кифотической деформации составила 5° (от 3° до 18°).

Полное устранение кифотической деформации, восстановление высоты тела компримированного позвонка, отсутствие неврологической симптоматики соответствовали хорошим результатам лечения и составили 45 (90%) случаев. Остаточная кифотическая деформация до 5 градусов, восстановление высоты тела компримированного позвонка до 80%, незначительный болевой синдром расценивались, как удовлетворительный результат и были отмечены у 4(8%) больных. В 1(2%) случаях остаточная кифотическая деформация составляла больше 5 градусов, что расценивалось как неудовлетворительный результат. Нагноение послеоперационной раны или излома металлоконструкции у наших больных не наблюдалось.

Заключение. Рентгенография, КТ и МРТ являются обязательными обследованиями у больных с переломами грудного отдела позвоночника для определения показаний, тактики оперативного лечения и послеоперационного ведения больных. Транспедикулярная коррекция и стабилизация в подавляющем большинстве случаев обеспечивают прочную фиксацию и устранение угла кифотической деформации на весь период сращения позвонка.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ
АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Муминова Н.Х., Усмонов Х. У.

Кашкадаринский филиал Центра развития повышения квалификации медицинских работников

Кашкадаринский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи

Цитокинам отводится ведущая роль в разворачивании медиаторного механизма воспаления. У большинства больных с воспалением в начальных стадиях выявляется повышение в крови IL-8 и ФНО- α цитокинов. На При аномальных маточных кровотечениях (АМК) на фоне воспалительного процессы также наблюдаются изменения в цитокиновом статусе, которые обладают широким спектром биологического действия, По мере снижения микробной нагрузки макрофаги начинают синтезировать IL-6 цитокины, действие которых направлено на подавление генерализованной синдрома системного воспалительного ответа(ССВО), с одновременным купированием гипокоагуляции

Целью исследования явилось изучение роли цитокинового статуса при АМК сочетанные с воспалительными процессами женской половой сферы(ЖПС)

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 89 пациенток с АМК и с воспалением ЖПС различной степени и генерализации .В сыворотке крови у 25 больных определили содержания интерлейкинов IL-6, IL-8 и ФНО- α с помощью иммуноферментного анализа. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин.

Все из 89 больных с АМК предъявляли жалобу на боли внизу живота, часть из них и в пояснице, тянущего характера, вне кровотечения на обильные выделения из влагалища. Из анамнеза из 89 пациенток 71 получали неоднократно различными курсами противовоспалительную терапию, в составе которого были антибиотики и анальгезирующие препараты.

Результаты и обсуждения. У обследованных беременных с АМК+ЖПС в крови IL-6 возрастал по сравнению с показателями группы контроля в среднем в 5-7раз ($p < 0,01$). В то же время IL-8 у больных данной группы незначительно снижался, но по сравнению с аналогичными показателями у женщин с физиологическим статусом оставался в пределах нормы($p < 0, 05$).

Очевидна патогенетическая значимость снижения уровня IL-8 в крови пациенток с бактериальной инфекцией по сравнению с таковым показателем в группе контроля, в соответствии с которой важная роль в обострении воспалительного процесса , особенно вирусной инфекции при АМК должна быть отведена недостаточности моноцитарно-макрофагальной реакции, играющей доминирующую роль в продукции указанного цитокина и в индукции иммунного ответа.

В то же время увеличение содержания IL-6 в крови пациенток с АМК +с воспалением ЖПС с достаточно высокой долей вероятности свидетельствует о положительной роли данного цитокина в развитии локальной воспалительной реакции и ССВО, поскольку в данной ситуации IL-6 усиливает экспрессию эндотелиально-лейкоцитарных адгезивных молекул, а также процессы эмиграции лейкоцитов в зону воспаления.

По мере снижения микробной нагрузки макрофаги начинают синтезировать растворимые рецепторы TNF. Их действие направлено на подавление генерализованной воспалительной реакции, так как при кровотечении любой этиологии начинают срабатывать системы кроветворения в пользу выработки молодых

клеток с одной, с другой стороны повышается система гемостаза, в пользу образование фибрина, именно в этой цепочке все механизмы защиты направлены на обеспечения стойкой временной, с последующей скорректированной гиперкоагуляции.

Цитокиновая дезрегуляция с констатацией возможной гетерогенности тенденций преобладания цитокинов у гинекологических больных с АМК и воспалением ЖПС более обосновано для характеристики расстройств цитокиновой регуляции при генерализованных формах воспаления, а на фоне кровотечения, они остаются одним из факторов риска .

В связи с чем, мы учитывая что при аномальных кровотечениях пациентки с АМК имели в большинстве случаев различной степени воспаления(сальпингоофориты, эндометриты, кольпиты), наряду с мероприятиями направленными на остановку кровотечения в обязательном порядке назначали противовоспалительные препараты (антибиотики и нестероидные противовоспалительные средства(НПВС)). Назначение при АМК НПВС имело двоякий результат: снижая выработку фермента циклооксигеназы, параллельно уменьшается концентрация простагландинов и тем самым и кровотечения, с другой стороны они имеют способность лечить все 5 признаков воспаления.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ НА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

*Ташкентский институт усовершенствования врачей
Кафедра акушерства и гинекологии
Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д.*

Септические состояния в акушерстве в развитых странах относительно встречаются редко, хотя в мире инфекции стоят на третьем месте в структуре материнской смертности - 15%, а осложнения аборта- на четвертом - 13%

Целью нашего исследования явилось оценка эффективности предгравидарной подготовки при ГСС во время беременности и в послеродовом периодах.

Проведенные наблюдения над 132 родильницами, поступившие в родильные комплексы №2 г.Ташкента, в областные перинатальные центры. Возраст женщин в среднем составил 26 ± 0.8 лет.

Материал и методы исследования

Были обследованы нами 167 женщины с гнойно-септическими состояниями (ГСС): преждевременные роды и отхождение околоплодных вод, возникшие в результате внутриматочной инфекции (ВУИ), ИМТ-34, гайморит и отиты-11; внебольничная пневмония (23 случая).

Для верификации возбудителя использовали результаты бактериоскопического и бактериологического анализа микроэкологии гениталий (где были высеяны трихомонус вагиналис, грибы рода *Candida* и гарднерелла) в 135, а в остальных: *Bacteroides spp*(7), *Peptococcus* и *Peptostreptococcus*(6) а также *Clostridium spp.*(5)посевах.

В целом при поступлении 167 больным были выставлены следующие диагнозы: септический шок – 9(5,4%) , сепсис-26(15,3%), тяжелый сепсис – 10(5,9%), синдром системного воспалительного ответа (ССВО)-122(73%). В послеродовом периоде из 122 больных ССВО у 97(58%) сопровождалось с изменениями в матке (субинволюция матки) , в последующем эти диагнозы у 53(31,7%) пациенток были нами изменены на сепсис.

Учитывая основной причиной ГСС в послеродовом, либо послеоперационном периодах были внутриматочные инфекции и ИППП решено провести 1-3 курса

антибактериальной терапии до беременности, в связи с чем мы предпочтение отдали Трихополу по 250мг 2-3 раза в сутки с Фуцисом по 200мг х1 раз в сут. Через день № 4, с обязательным контрольным бактериальным посевом из цервикального канала после окончания курса терапии.

Предгравидарная подготовка женщин со смешанной инфекцией и ИППП снизило такие осложнения, как самопроизвольные выкидыши, угроза прерывание беременности, неразвивающаяся беременность до 3-5 раза, преждевременные роды до 3,5 раза, ИМТ до 4 раза, в послеродовом периоде- ручное обследование полости матки, инфицирование послеоперационных швов, ССВО от 3-до 5-7 раза. Также заранее проведенная предгравидарная подготовка способствовало снижению перинатальной смертности, а также материнской и детской заболеваемости.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Мусашихов Х.Т., Мадазимов М.М., Икрамова Ф.Д., Абдуллаев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. У больных с диабетической стопой вследствие выраженного расстройства деятельности микроциркуляторного русла нарастающий микротромбоз препятствует полноценному воздействию на область патологии лекарственных средств, введенных в общий кровоток. Исходя из этого для создания достаточной концентрации антибиотиков в заинтересованных отделах организма и в лимфатических сосудах, представляющих собой основной путь распространения микробов из первичного очага, авторы применяли региональную лимфотропную терапию (РЛАТ).

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 87 больных с сахарным диабетом (СД) у которых развились гнойно- некротические поражения стопы (ГНПС). При бактериологическом исследовании в 86 % случаев выделялись аэробно- анаэробные ассоциации, наиболее часто включавшие облигатно – анаэробные неспорообразующие бактерии, факультативно – анаэробные, анаэробные микроорганизмы. Наибольшая чувствительность отмечена к следующим антибиотикам: цефамезину, цефазолину, гентамицину, клафорану, клиндамицину, карбинициллину, метронидазолу. Всем больным проводилась РЛАТ в течении 7-8 дней 2 раза в сутки, используя при этом антибиотики, к которым отмечалась чувствительность патогенной микрофлоры. В случае обнаружения неклостридиальной анаэробной инфекции и антибиотикоустойчивой микрофлоры для промывания раны применяли 0,1 % раствор гипохлорита натрия.

Результаты. Включение в комплекс лечебных мероприятий больных СД с гнойно-некротическим поражением стопы РЛАТ оказало положительное влияние на течение заболевания. Эффект клинически проявлялся начиная с первых же дней от начала лечения. Наряду с улучшением общего состояния быстро устранялась жажда, улучшался аппетит и сон. Нормализация температуры тела, купирование болей, устранение тахикардии и одышки происходило на 2-3 сутки. Эффективное воздействие на гнойный очаг и выраженный детоксикационный эффект при таком лечении способствовал ранней компенсации углеводного обмена, которое наступило на 5,6 + 0,8 сутки. В дальнейшем течение заболевания было стабильным и стало возможным управлять СД.

Выводы. Таким образом, предлагаемый комплексный метод лечения данной тяжелой категории больных позволил улучшить результаты, значительно снизив число осложнений.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ
ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ

*Мусаиайхов Х.Т., Мадазимов М.М., Василевский Э.А., Косимов А.Л., Икрамова Ф.Д.
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, подвергнувшихся 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_{SpO_2} .

Цель исследования. Совершенствовать выбор уровня ампутации нижних конечностей путём чрезкожного определения напряжения кислорода – T_{SpO_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_{SpO_2} . Чрезкожное определение pO_2 осуществлялось с помощью оксимонитора ТСМ-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 T_{SpO_2} 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 T_{cpO_2} . Его величина более 25 мм.рт.ст. свидетельствует о правильном выборе уровня ампутации и хорошем заживлении раны, что наблюдалось у 53 больных. Показатель T_{cpO_2} 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 T_{cpO_2} 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 T_{cpO_2} в пределах $23 \pm 1,6$ мм.рт.ст. У 10 больных с уровнем T_{cpO_2} ниже 25 мм.рт.ст. наступило омертвление кожи вокруг операционной раны в результате наложения швов. Поэтому с учётом доверительного интервала уровень T_{cpO_2} 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 pO_2 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

*Мусашихов Х.Т., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А.,
Ахмадалиев С.М., Дадабаев О.Т.*

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 β -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.

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 %), некроэтомии 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.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Омонов О.А., Султанов С.А., Шарифжанов С.М.

Актуальность. Вопросам совершенствования тактики лечения и профилактики кровотечений портального генеза посвящено много научных исследований, однако, по-прежнему, эта проблема остается в центре внимания гепатохирургии, особенно для пациентов с компенсированным течением цирроза печени. Интерес к этому обусловлен, прежде всего, высокой частотой неудовлетворительных результатов.

Цель исследования: путем сравнительного анализа оценить эффективность хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени.

Материал и методы. В исследование включены 710 пациентов с геморрагическими осложнениями цирроза печени (ЦП). Портосистемное шунтирование (ПСШ) выполнено 367, пациентам, тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК) - 62, эндоскопические вмешательства (ЭВ) – 281.

Результаты. Общая частота кровотечений в отдаленный период после ПСШ составила 15,5% (57 из 367 пациентов, после ТРГЭК – 27,4% (17 из 62 больных) и после ЭВ – 40,9% (115 из 281 пациента). Тенденция с большим риском геморрагического синдрома при ЭВ прослеживается во все временные периоды наблюдения. Так, в сроки до 6 месяцев частота кровотечения составила 10,3% (29), при этом в группе больных с ПСШ только 5,7% (21), а после ТРГЭК – 9,7% (6). В дальнейшем эти показатели в группе ЭВ существенно увеличиваются, что определяет этот вариант профилактики кровотечений как метод с наиболее низким клиническим эффектом. В сравнительном аспекте между группами с ПСШ и ТРГЭК ($\chi^2=5,251$; $df=1$; $p=0,022$), ТРГЭК с ЭВ ($\chi^2=3,914$; $df=1$; $p=0,048$) и ПСШ с ЭВ ($\chi^2=52,635$; $df=1$; $p<0,001$) были получены достоверные отличия по частоте кровотечений портального генеза.

Анализ свободы от осложнений после различных вмешательств, основанный на применении методики Каплана-Мейера, показал, что в сроки к одному году наблюдения кровотечения отсутствовали у 90% пациентов после ПСШ, 84% больных после ТРГЭК и 70% после ЭВ. В дальнейшем отмечено прогрессивное снижение этого показателя в группе после ЭВ и к пяти годам кровотечение отсутствовало только 37,5% пациентов, в то время как после ТРГЭК у 50% и после ПСШ у 78%.

Частота кровотечения на фоне тромбоза анастомоза составила 9,3% (34 случая). Кровотечения на фоне портальной гастропатии у больных ЦП после ПСШ отмечены в 6,3% (23 пациента) случаев. Доля эрозивных кровотечений составила 17,7%. Наиболее высокую частоту рецидива истинного кровотечения из ВРВПЖ дает изолированное выполнение ЭВ. В наших наблюдениях этот показатель достиг 29,5% (у 83 из 281 пациента), тогда как эрозивные кровотечения составили 6,3% (32). Частота портальной гастропатии была выше чем при ПСШ. По распределению частоты кровотечений между группами исследования получена высокая достоверная разница (между ПСШ и ТРГЭК - $\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$; между ТРГЭК и ЭВ - $\chi^2=10,863$; $df=2$; $p=0,005$; между ПСШ и ЭВ - $\chi^2=55,114$; $df=2$; $p<0,001$).

Группы с ПСШ и ТРГЭК обеспечили фактически равноценную эффективность до 40 месяцев наблюдения (86-88%), в дальнейшем в сроки более 5 лет отмечено

снижение свободы от кровотечений до 76% в группе после ТРГЭК и 85% после ПСШ. После ЭВ в сроки до года наблюдения кровотечений не отмечено у 80% пациентов, к трем годам у 54% и к пяти годам только у 44%.

Вывод. Независимо от вида вмешательства для всех больных циррозом печени в отдаленный период характерны рецидивы геморрагического синдрома портальной генеза, при этом наименьшая частота отмечается после портосистемного шунтирования. Актуарная кривая свободы от кровотечений портальной генеза у больных ЦП после различных вмешательств к пяти годам наблюдения характеризуется наиболее низким значением в группе больных после ЭВ.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СРОКОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У., Тургунбаев Э.К.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент*

Актуальность. Внепеченочная форма портальной гипертензии – синдром портальной гипертензии, включающий широкий спектр заболеваний различной этиологии и патогенеза, поражающих сосудистую систему печени, и не связанный не с цирротическим и не с онкологическим поражением печеночной паренхимы. По данным литературы среди оперативных методов лечения наиболее эффективным является портосистемное шунтирование, оказывающееся эффективным в 84-100% случаев, а при отсутствии риска развития тромбоза, полностью избавляет пациента от портальной гипертензии. Тем ни менее, по мнению зарубежных экспертов, выполнение портосистемного шунтирования у взрослых следует обсуждать только при неэффективности эндоскопических и консервативных методов лечения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ частоты и сроков развития рецидива кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на фоне внепеченочной портальной гипертензии после различных вмешательств.

Материал и методы. В исследование включен 131 больной с различными формами внепеченочной портальной гипертензии, которым выполнены различные варианты хирургического лечения внепеченочной портальной гипертензии в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за период с 2006 по 2020 гг. В основном преобладали пациенты юношеского (41,2%) и молодого возраста (45,0%). Тотальное разобщение гастро-эзофагеального коллектора было выполнено у 57 (43,5%) пациентов, портосистемное шунтирование – у 51 (38,9%) пациентов и эндоскопические вмешательства – у 23 (17,6%).

Результаты. После тотального разобщения гастро-эзофагеального коллектора рецидив кровотечения отмечен у 35,1% пациентов, причем данное осложнение характерно было для любой из нозологических форм внепеченочной портальной гипертензии, а срок рецидива варьировал в пределах 3-92 месяцев, в среднем 19,6. После портосистемного шунтирования рецидив пищевода кровотечения отмечен у 17,6% пациентов, с наибольшим показателем рецидива (66,7%) у пациентов котором портосистемное шунтирование выполнено на фоне тромбоза сплепортального русла. Средний показатель срока возникновения рецидива варьировал в пределах 24,6 месяцев. Наибольшая частота рецидива отмечена у пациентов после ЭВ (65,2%), практически независимо от причины возникновения внепеченочной портальной гипертензии и средним сроком развития данного осложнения в 13,5 месяца, что еще раз заставляет акцентировать внимание клиницистов, что данное пособие в основном

эффективно на этапах выполнения более радикальных методов эрадикации варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Показатель свободы от рецидива пищеводных кровотечений независимо от причин возникновения внепеченочной портальной гипертензии, наибольшее значение имеет после портосистемного шунтирования и наилучшими значениями на всех этапах наблюдения и с 5-ти летней стойкой ремиссией у 75,0% пациентов. Кумулятивная доля рецидива кровотечений у пациентов с внепеченочной портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены (количество наблюдений: 49, рецидив: 13 (26,53%); без рецидива: 36 (73,47%) $\chi^2 = 15,34263$; $df = 2$; $p = 0,00047$) или ее кавернозной трансформации (количество наблюдений: 20, рецидив: 7 (35,00%); без рецидива: 13 (65,00%), $\chi^2 = 8,721781$; $df = 2$; $p = 0,01277$), показывает эффективность портосистемного шунтирования по сравнению с тотальным разобщением гастро-эзофагеального коллектора и эндоскопического лигирования.

Несмотря на удовлетворительные показатели эффективности портосистемного шунтирования при вышеуказанных нозологических формах, тем ни менее при тромбозе спленопортального русла (общее количество наблюдений: 50, рецидив: 20 (40,00%); без рецидива: 30 (60,00%), $\chi^2 = 6,504186$; $df = 2$; $p = 0,03871$), показатель свободы от рецидива кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка после данного вида вмешательства самых худший, с 50% рецидивом кровотечения в течении первого года после операции.

Вывод. Наиболее эффективным вмешательством является портосистемное шунтирование с показателем свободы от рецидива кровотечения у 82,4% ($p=0,014$) пациентов, наиболее отдаленным сроком рецидива в пределах 41,4 месяца ($p<0,05$), и с 5-ти летней стойкой ремиссией у 75,0% пациентов. После разобщающих операций рецидив кровотечения отмечен у 35,1% пациентов, срок рецидива составил в среднем 19,6 месяцев

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛИГАМЕНТИТОМ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.

*Нарзикулов Ж.М., Голяна С.И., Нарзикулов М.Д., Ибрагимов И.А.
Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр.*

Введение Стенозирующий лигаментит, заболевание с высокой частотой встречаемости (3,3 % на 1000 новорожденных) и обусловленное нарушением дифференциации сухожильно-мышечного аппарата. В литературе описывается большое количество методов консервативного и оперативного лечения. Однако многие авторы указывают на низкую эффективность применяемых ими методов и высокий риск возникновения осложнений.

Цель исследования Анализ результатов обследования и хирургического лечения стенозирующего лигаментита пальцев кисти у детей.

Материал и методы. За период с 2018 по 2021 год в Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр выполнено обследование 94 детей и оперативное лечение 80 детей. Проведена комплексная оценка состояния пораженного сегмента конечности, уточнен пол и возраст пациентов, симптомы заболевания и жалобы больных, характер преимущественного поражения одной или обеих кистей, а также пальцев, уточнялся наследственный анамнез.

□ **Результаты.**

По полу пациенты были распределены равномерно: 57 девочки (51 %) и 40 мальчик (42 %). Наибольшее количество детей, нуждающихся в оперативном лечении (80), относились к возрастной группе от 1 года до 4 лет (85 %). Детей периода новорожденности в данной группе не наблюдалось. Преимущественного преобладания

поражения пальцев кисти одной из конечностей не отмечалось. Наиболее часто данное заболевание диагностировалось на первом пальце (91 случай).

Особое внимание обращалось на интраоперационное исследование состояния сухожилий сгибателей и наличие на нем утолщения. В 100% случаях иссекали (а не пересекали) кольцевидную связку сухожильного влагалища длинного сгибателя 1-го пальца. Утолщение сухожилия длинного сгибателя первого пальца, требующее коррекции, было отмечено у 72 пациента (76 %). Произведенная веретенообразная резекция центральной порции утолщения сухожилия уменьшала объем, позволяя полностью восстановить амплитуду движений пальцев. Рецидива деформации в отдаленном периоде не отмечалось.

□ **Заключение.** Консервативное лечение стенозирующего лигаментита у детей не эффективно и может способствовать прогрессированию деформации. У всех пациентов после иссечения кольцевидной связки необходима ревизия сухожилия сгибателя для выявления изменений приводящих к ограничению движений. Применяемая методика оперативного лечения позволяет получить максимальный функциональный и косметический результат.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бабажанов А.С., Абдукаримов А.Д.,
Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.

Актуальность: Ахалазия кардии относится к группе нервно-мышечных заболеваний пищевода, включающих в себя такие заболевания, как кардиоспазм и диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони–Тешендорфа), которые, по статистическим данным, составляют до 21% от всех хирургических заболеваний этого органа, уступая по частоте лишь онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Результаты кардиодилатации оцениваются многими авторами по разному. По мнению D. Katzka, T. Vanuytsel и M. Vela, перфорация стенки пищевода при дилатации наблюдается в 1–8%, а кровотечение из глубоких дефектов слизистой в 2–5%, а многократные курсы дилатирования могут привести к развитию интерстициального фиброза, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), травматического дивертикула [1,2,6,10]. Следует уделить особое внимание тому факту, что в литературе отсутствуют исследования направленные на уменьшение этих осложнений.

Цель: Провести структурный анализ осложнений применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016г по апрель 2022г с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин 184(42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166(38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020г в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019гг, которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 по апрель 2022гг, у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249(93,2%), 18(6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160(95,8%) больным и 7(4,2%) больным дилатация не проводилась.

В группе сравнения, у 201 больного осложнений во время и после пневматической кардиодилатации не наблюдалось, что составило 80,7%. Осложнения наблюдались у 48 больных, что составило 19,2%.

Результаты: Структурный анализ осложнений показал, что количество рефлюкс-эзофита, в основной группе достоверно ($\chi^2= 11.28$, $p= 0.001$) снизилось до 5,6% в отличии от группы сравнения, где этот же показатель составил 16,9%. Число кровотечений удалось достоверно снизить с 12% в группе сравнения, до 3,7% в основной группе ($\chi^2= 8.36$, $p= 0.004$). Болевой синдром удалось достоверно ($\chi^2= 5.875$, $p= 0.015$) уменьшить с 11,2% до 4,4%. Непроницающие повреждения достоверно ($\chi^2= 4.95$, $p= 0.026$) сократились с 5,6% в группе сравнения, до 1,3% в основной. Ятрогенные проникающие повреждения наблюдались только в группе сравнения у 3 больных и составили 1,2%. В основной группе проникающих повреждений не наблюдалось.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н.,
Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.

Актуальность: Развитие лазерной медицины - одно из достижений конца 20 века. Многообразие и широкие возможности лазеров привели к тому, что практически во всех областях медицины они нашли свое применение. Известно, что импульсное лазерное излучение способно оказывать биологический эффект, связанный с влиянием на иннервацию гладкой мускулатуры, изменение микроциркуляции, рассасывать и предупреждать развитие соединительной ткани. Эти эффекты были прослежены на большом количестве проведенных исследований с патологией желудочно-кишечного тракта.

Цель: Улучшить технические аспекты пневматической кардиодилатации у больных с НМЗП, путем внедрения инфракрасного импульсного лазерного излучения.

Материалы и методы: Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016г по апрель 2022г с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин 184(42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166(38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020г в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019гг, которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 по апрель 2022гг, у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249(93,2%), 18(6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160(95,8%) больным и 7(4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты: в группе сравнения, 2 сеанса потребовалось 30 (12%) больным. В основной же группе, 2 сеанса произведено у 35(21,9%) больных, что достоверно ($\chi^2=7.037$, $p=0.008$) больше чем в группе сравнения. Три сеанса в основной группе также удалось увеличить с 51,4% в группе сравнения, до 55,6% в основной группе. Однако при статическом анализе разница оказалась не достоверной ($\chi^2=0.7$, $p=0.404$). Четыре сеанса в группе сравнения выполнено у 60(24,1%) больных, в основной же группе количество больных кому произведено 4 сеанса, сократилось до 28(17,%) больных. Однако разница оказалась не достоверной ($\chi^2=2.51$, $p=0.11$). Количество больных, которым произведено 5 сеансов дилатации, в группе сравнения было 26, что составило 10,4%. В основной же группе, их число удалось достоверно ($\chi^2=4.83$, $p=0.028$) сократить до 7 больных, что составило 4,4%. Шесть сеансов, которые было максимальным, в группе сравнения выполнено у 6 больных и составило 2%. В основной же группе, 6 сеансов произведено 1(0,6%) больному. При статистическом анализе установлено, что разница была не достоверная.

В группе сравнения, минимальное давление нагнеталось у всех 17 больных, что составило 6,8%. В основной же группе, количество больных которым нагнеталось минимальное давление достоверно ($\chi^2=9.19$, $p=0.0024$) увеличилось до 26(16,2%) больных.

В группе сравнения, среднее давление нагнеталось у всех 100 больных и составило 40,1%. В основной группе, среднее давление нагнеталось у 88(55%) больных, что достоверно ($\chi^2=8.64$, $p=0.0033$) больше чем в группе сравнения.

Максимальное давление в группе сравнения нагнеталось у 132(53%) больных. В основной же группе число больных, которым потребовалось максимальное давление, удалось достоверно ($\chi^2=23.33$, $p=0.000001$) сократить до 46, что составило 28,8%.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Повышение эффективности лечения кожных больных – важная социальная задача. Это связано со значительным распространением ряда дерматозов и их тяжёлым течением, приводящим к частичной или полной потере трудоспособности. Применяемые в дерматологии традиционных методов лечения не всегда эффективны, а

нередко сопряжены с разнообразными побочными действиями и осложнениями. Лечение больных представляет экономическую проблему вследствие высокой стоимости и дефицита лекарственных средств. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам терапии. Одним из таких методов лечения является – плазмаферез (ПА) и гипербарическая оксигенация (ГБО).

Целью работы явилось изучение характера изменения активности каталазы и содержания одного из конечных продуктов ПОЛ-малонового диальдегида (МДА) в плазме крови под влиянием плазмафереза и гипербарической оксигенации в сочетании наружной терапией (Вигантола и мази Адвантан).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 71 больных АД. Мы различаем 2 клинические формы АД: а) пруригинозная форма, тяжёлая степень тяжести у 48 (67,6%) больных; б) лихеноидная форма средняя тяжёлая степень тяжести – у 23 (32,3%).

Исследования активности каталазы крови, принимающей участие в разрушении продуктов свободнорадикального перекисного окисления липидов и определение одного из конечных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида у больных выявили изменения по сравнению с нормой. Активность каталазы была снижена у 16 обследованных больных независимо от имеющейся патологии (АД – $191,46 \pm 2,17$ ($P > 0,05$); норма – $313,04 \pm 0,52$ ед. экстинкции), а содержание МДА – повышено (АД – $4,42 \pm 0,04$ нмоль/мл ($P < 0,05$); норма – $3,20 \pm 0,06$ нмоль/мл). Это свидетельствует о том, что изменение активности свободнорадикальных процессов является одним из существенных компонентов патогенеза больных АД.

Анализ клиничко-лабораторных данных позволил сделать следующие заключения. В исследуемой группе больных АД, выявили нарушения активности каталазы и содержания одного из конечных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида в плазме крови.

С этой целью и с невозможностью прямого воздействия на первичные звенья патогенеза для лечения были разработаны схемы оптимального режима ПА и ГБО у больных псориазом и АД, (две процедуры в сутки, основу первой процедуры составило проведение ПА, основу второй процедуры составило проведение ГБО, процедуры проводились ежедневно, кроме воскресенья, всего 5-12 процедур ПА и 5-10 процедур ГБО на курс лечения). Бронхомунал по 1 (7,0 мг) капсуле в сутки, всего на курс 10-15 дней.

Лечение больных ГБО проводили в барокамере типа ОКА. Кислород подавался под давлением, соответствующему давлению в барокамере. Температура в барокамере во время сеанса поддерживалась в пределах $23-29^{\circ}\text{C}$, относительная влажность воздуха составила не менее 65%, содержание кислорода в воздушной среде от 21 до 23%, углекислого газа - 0,03%, что не превышало допустимой нормы.

Результаты и их обсуждение. С целью подбора оптимального числа процедур комплексного лечения для больных АД мы проводили лечение по двум схемам: 5-6 и 10-12 процедур комплексного лечения на курс при режиме ПА и ГБО, при котором забор крови за одну процедуру составил 600-1200 мл. За один сеанс ПА удаляли от 300 до 600 мл плазмы. ГБО – давление 1,7 атм., экспозиция – 45 минут, компрессия и декомпрессия по 7 минут. Бронхомунал назначался по 1 капсуле (7 мг) 1 раз в сутки ежедневно, на курс 10-15 дней. Наружная терапия проводилась в виде мази на вазелиновой основе с добавлением 2%-й салициловой мази, Витамином Д₃ и мазью Адвантан. Мазь, наносили тонким слоем 1 раз в сутки.

После 5-ой процедуры комплексного лечения у больных отмечалось нарастание активности каталазы. При исследовании через неделю при первой схеме комплексной терапии возрастание его активности продолжалось, достоверно превысив исходные показатели больных АД ($236,3 \pm 1,2$ ед. экстинкции) ($P < 0,05$). При второй схеме комплексной терапии активность каталазы, повысившись к 5-й процедуре

комплексного лечения, вновь возвращалась к исходным данным к концу комплексного лечения, что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удалением с плазмой) фермента.

Содержание МДА как при 5-6 процедурах комплексного лечения, так и при 10-12 у всех изучаемых нами больных отмечалось незначительное снижение МДА.

Заключение. Таким образом, повышения содержания каталазы после коротких курсов комплексного лечения с использованием ПА и ГБО у больных АД связано с компенсаторным механизмом организма, так как при ПА отмечается повышенное удаление фермента каталазы, на, что организм реагирует усиленной выработкой его. После 10-12 процедур комплексного лечения с использованием ПА и ГБО уменьшение концентрации каталазы связано с истощением компенсаторных механизмов организма. Уровень МДА в сыворотке крови снижается после комплексного лечения с использованием ПА и ГБО. Это положительно влияет на кожный процесс, так как уменьшается перекисное окисление липидов и в результате этого исчезает гипоксия тканей.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при АД у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения АД, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные АД получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – применяли Фатидерм крем. Мазь наносилась на пораженную поверхность 1 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных АД повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

**БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРРОХЛИК
АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИНИ ТАРҚАЛИШИНИ АРХИВ
МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА ЎРГАНИШ.**

Рустамов Ж.У., Авезов М.И.

Тошкент тиббиёт институти Урганч филиали

Муаммонинг долзарблиги: Хозирги кунда оториноларингология соҳасида бурун бўшлиқларида турли хил жаррохлик амалиётлари ўтказилиб келинади. Бурун бўшлиқларининг замонавий жаррохлик амалиётларидан септопластика, ринопластика, риносептопластика, FESS Республикамизнинг оториноларингологлари томонидан барча хуудларида кенг ўтказилиб келинмоқда. Турли хил замонавий жаррохлик амалиётларига қарамасдан касалликлар қайталаниши, салбий оқибатлари ва тузалиш босқичининг узайиши ва асоратланиш ҳолатлари нисбатан кўп учрамоқда.

Адабиётларда муаллифлар томонидан бурун тўсиғининг замонавий жаррохлик амалиётларидан кейинги тузалиш жараёни бурун тўсиғининг функционал ва морфологик ҳолатини ўзгариши билан боғлиқлиги айтилади. Жумаладан, бурун тўсиғининг мукоциляр клиренс ҳолатининг меъёрда булиши, хид билиш, нафас олиш ва микробиологик пейзажини қисқа муддатда яхшилаш орқали беморларда касалликнинг тез фурсатда яхшилашга ва олдини олишга хизмат қилади. Бурун шиллиқ қаватининг фаолияти нормал ҳолатда булиши турли компонентлар: бурун нафас олиши, мукоцилиар ташилиши ва бурун тўсиғи ҳолати билан аниқланади.

Соҳа вакиллари фикрига кўра, жаррохлик амалиётлари пайтида унда жойлашган тузилмалар билан бирга бурун шиллиқ қаватининг ортиқча ва кўп жароҳатланиши унинг вазифаларини бузилишига олиб келиши мумкин, шунинг учун даволашнинг асосий вазифаси амалиётга кам инвазив ёндашувни орқали максимал самарадорликка эришилади. Айрим беморларда бурун орқали нафаси олиши тиклангандан сўнг бурун бўшлиғида дискомфорт ва ёруғлик, шиллиқ бўшашиш каби турли шикоятлар келиб чиқади. Бурун шиллиқ қаватининг функционал ҳолати хусусиятларини ўрганиш минимал инвазивлик тамойиллари асосида жаррохликда даволаш жараёнига тўғри ёндашув имконини беради.

Ишнинг мақсади: Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жаррохлик амалиётларидан кейинги асоратларини тарқалишини архив маълумотлари асосида ўрганиш:

Текшириш усуллари ва материаллари: бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жаррохлик амалиётларидан кейинги асоратларини тарқалишини Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлимида 2021 йиллар мобайнида даволанган беморларни архив маълумотлари асосида ўрганиш.

Олинган натижалари: Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлими ўз фаолиятини 1966 йил бошлаган бўлиб, ҳозирги кунда 40 койкада фаолият кўрсатмоқда.

Ўтган 2021 йил мобайнида бўлимга 2545 бемор мурожат қилган бўлиб, шундан 1525 (60.%) бемор бўлимда стационар тарзда даволанган бўлса, қолган 1020 (40%) нафар беморга амбулатор ёрдам кўрсатилган. Стационар тарзда даволанган беморларнинг мурожатларнинг 58% эркаклар, 42% аёллар ташкил қилган.

Беморларнинг 23% шаҳар аҳолиси 77% қишлоқ аҳолисига тўғри келиши аниқланди. Мурожаатларнинг туманлар кесимида ўрганиб кўрилганда энг юқори кўрсаткич Урганч шаҳрига 12.3% ва энг паст кўрсаткич Янгибозор туманида 4.9 % ташкил қилди.

Стационар ётиб даволанган умумий беморларнинг 968 нафари яшаш жойларидан йўлланма билан, 557 нафари ўз мурожаатига кўра ётқизилган.

Умумий стационар шароитда даволанган беморларнинг асосий қисмини 900 (59%) нафарини юқори нафас йўллари касалликлари ва 503 (33%) нафар эшитиш аъзоси касалликлари эгаллади.

Бундан ташқари касалликларнинг нозолигик жихатдан гуруҳларга тақсимлаб ўрганилганда энг юқори кўрсаткич бурун ва бурун ёндош бўшлиғи касалликлари 51% учраши аниқланди. Кулоқ касалликлари 24% учраши билан иккинчи ўринда ва учинчи ва тўртинчи ўринларда мос равишда халқум ва хиқилдоқ касалликлари эгаллаган. Бурун ва бурун ёндош бўшлиғи касалликлари орасида сурункали йирингли риносинуитлар, кулоқ касалликларидан сурункали йирингли ўрта отитлар кўп учрган бўлса халқум ва хиқилдоқ касалликлари ўрин эгаллади.

Шунингдек бўлимда ўтказилган умумий жаррохлик амалиётлари ичида энг кўп бурун ва бурун бўшлиғида ўтказилган бўлиб улардан бурун тўсиғи шиллиқ ости резекцияси ва гайморотомия амалиётлари энг кўп ҳолатда ўтказилган бўлса кам ҳолда фронтотомия амаллари ўтказилган.

Бурун бўшлиғи жаррохлик амалиётларидан кейинги асоратлар таҳлил қилинганда энг кўп учрагани синехиялар ундан кейинги ҳолда перфорация ва қон кетишлар кузатилди.

Хулоса: Охирги йилларда оториноларингологик аъзолар касалликларида ўтказилган жаррохлик амаллари бурун ва бурун ёндош бўшлиқларида ўтказилган жаррохлик амаллари кузатилаётгани аниқланди.

Шундай экан, шифокор тавсияларига амал қилиш ва 40 ёшдан ошган инсонлар ҳар 6 ойда кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари шифокоридан тиббий кўрикдан ўтишини тақозо қилади.

СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА.

Рустамов И.М., Хамидова М.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Радикальным способом лечения желчнокаменной болезни является хирургический, при котором производится холецистэктомия. Холецистэктомия в настоящее время в ведущих клиниках выполняется как лапароскопическим способом, так и из минилапаротомного доступа.

Холецистэктомия их минилапаротомного доступа показана у пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями (наличие противопоказаний к наложению пневмоперитонеума) и инфильтративно – спаечном процессе в перивезикальной области.

Для проведения минилапаротомной холецистэктомии применяется общепризнанная техника, предложенная М.И. Прудковым (1993).

Материал и методы исследования. В клинике применяются все три основные технологии, оперирования различных форм ЖКБ: традиционная ХЭ произведена у 156 пациентов. ЛХЭ – 724, ХЭ из минидоступа – 162.

Пациенты, у которых в клинике был использован минилапаротомный доступ, были в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст составил $53,16 \pm 14,19$ лет), среди них было: женщин - 91 (89,2%), мужчин - 11 (10,8%).

Чаще всего (41,8%) показания к минилапаротомной холецистэктомии возникали у пациентов с выраженными сердечно – сосудистыми нарушениями, когда было опасно

повышение внутрибрюшного давления при искусственном перитонеуме, а также 42,2% – при обострении воспалительного процесса в желчном пузыре (длительностью более 48 часов), либо хронической эмпиемой желчного пузыря пере везикулярными инфильтратами и абсцессами, что до операции определены по данным УЗИ.

Результаты и обсуждение. Разрез передней брюшной стенки выполняли отступя на 2 поперечных пальца вправо от срединной линии от реберной дуги вертикально вниз длиной до 5 см. После рассечения кожи и подкожно жировой клетчатки вертикально вскрывалась передняя стенка влагалища прямой мышцы, затем волокна прямой мышцы живота расслаиваются влево и вправо, после чего разрезается задняя стенка влагалища последней и брюшины. Важным этапом операции является установка крючков-зеркал. Возможность изменять угол наклона погружной части ретрактора и закрепить ее в заданном положении позволяет при длине разреза брюшной стенки 3-5 см зону адекватного осмотра доступного для манипуляции в подпеченочном пространстве достаточную для выполнения ХЭ и вмешательства на протоках. При этом необходимо войти в брюшную полость правее круглой связки печени. Для уменьшения глубины раны брюшина фиксировалась к коже отдельными узловыми швами по середине краев и углам раны.

После правильной установки системы крючков, салфеток и световода, хирург отчетливо видит нижнюю поверхность правой доли печени, желчный пузырь, а при его отведении - гепатодуоденальную связку и 12 перстную кишку.

Через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее минилапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными браншами. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку.

Проведению манипуляций, для пересечения пузырного протока и артерии, не мешают другие инструменты (обычно это 2 зажима типа Люэра, которым захватывается дно и шейка желчного пузыря).

После пересечении пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из минилапаротомной раны. Дренажная трубка устанавливается в подпеченочной области и выводится наружу из ранее наложенного прокола на передней брюшной стенке.

Предлагаемый способ имеет ряд преимуществ: 1) обеспечивается адекватная визуализация области шейки желчного пузыря; 2) обеспечивается безопасное пересечение пузырного протока и артерии; 3) снижается риск повреждения внепеченочных желчных путей; 4) сокращается продолжительность операции; 5) снижается число интра- и послеоперационных осложнений; 6) выполнение этапа ХЭ отличается от традиционной необходимостью «дистанционного» оперирования, невозможностью ввести руку в брюшную полость.

Выводы. У 95 больных ХЭ производилась от шейки, 67 при технических сложностях манипуляции в области ворот печени, обусловленных выраженными спаечно-инфильтративными изменениями выполняли ХЭ от дна. У 21 пациента прибегали к предварительной опорожнению желчного пузыря и при этом большие конкременты отодвигались ко дну пузыря или удалялись, что облегчалось

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ГАНГРЕНОЙ ФУРНЬЕ.

Рустамов И.М., Хамидова М.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: В современной литературе гангрена Фурнье трактуется как специфическая форма прогрессирующего некротизирующего фасциита, характеризующегося обширным гнойно-некротическим поражением поверхностной фасции и распространением процесса по фасциальным пространствам, протекающего с типичными симптомами синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) и манифестирующего явлениями системного эндотоксикоза и полиорганной недостаточности.

Одним из наиболее характерных местных признаков гангрены Фурнье является несоответствие между относительно ограниченным локальным некрозом кожи и обширным гнойно-некротическим поражением подкожной жировой клетчатки и фасции (феномен «верхушки айсберга»). Другая особенность гангрены Фурнье заключается в том, что, несмотря на обширное гнойно-некротическое поражение кожи мошонки, яички, как правило, в процесс не вовлекаются и остаются интактными. Сохранение жизнеспособности тестикулов объясняется не столько особенностями органной гемодинамики, сколько автономностью их кровоснабжения, не зависящей от кровообращения мошонки и полового члена.

Клиническое течение гангрены Фурнье в формате хирургического сепсиса отличается особой тяжестью, характеризуется развитием полиорганной недостаточности и сопровождается высокой летальностью (от 50 до 75%).

Летальность при гангрене Фурнье составляет 26,7-40%, при тяжелых формах достигает 80%, в группе неоперированных близка к 100%.

Цель исследования: Представить анализ результатов хирургического лечения больных гангреной Фурнье.

Материал и методы исследования: За последние 15 лет (с 2002 по 2022 гг.) в отделении проктологии клиники СамГМУ находились 13 больных с гангреной мошонки (болезнь Фурнье). Возраст больных колебался от 30 до 60 лет. Нозологическими причинами гангрены Фурнье явились заболевания колоректальной зоны (13 больных).

Сахарный диабет выявлен у 3 больных. В течение 3 сут от начала заболевания в клинику госпитализированы 4 больных, в интервале от 4 до 7 сут - 9 больных.

Медленно прогрессирующая (ограниченная) форма заболевания отмечена у 4 больных, у которых некротический процесс ограничивался пределами мошонки. Молниеносная и быстро прогрессирующая (распространенная) формы гангрены Фурнье имелись у 9 больных. Местные проявления характеризовались первичным некрозом кожи, подкожной жировой клетчатки мошонки и полового члена, гнойно-некротическим расплавлением как поверхностной, так и глубокой фасции с распространением инфекционно-деструктивного процесса на лобок, подвздошные области, бедра и промежность.

Результаты исследования: Лечение больных заключалось в более широком иссечении некротизированных тканей, вскрытии и дренировании гнойных затеков. Задачами оперативного лечения являлись также реконструкция мошонки и, по показаниям, восстановительные операции, направленные на замещение утраченных покровных тканей и коррекцию дефектов пораженных зон.

Предоперационное обследование включало стандартные общеклинические, лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, по показаниям назначали консультацию врачей-специалистов.

Оперативные вмешательства выполняли в условиях общего наркоза или спинальной или продленной перидуральной анестезии. Продленную перидуральную блокаду, как метод оптимальной анестезии, проводили и в послеоперационном периоде в течение 3-5 суток, что позволило делать перевязки безболезненно и отказаться от использования наркотических анальгетиков.

Из 13 больных пяти больным этапные некрэктомии произведены 3 раза, четырем - 4 раза, четырем - 5 раз. При микробиологических исследованиях отделяемого из ран у 11 (92%) из 13 больных высевались как облигатно анаэробные (*Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp.), так и аэробно-грамположительные (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*) и грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*) микроорганизмы.

Комплекс лечения включал комбинированную антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, дезинтоксикационную терапию, адекватную коррекцию метаболических нарушений, стимуляцию иммунобиологической реактивности организма и репаративных процессов в ране.

Местное лечение раны проводили растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода, 0,5% раствор калия перманганата, фурациллин, 1% раствор диоксидина) с применением влажно-высыхающих повязок. В этой фазе для местной санации раны широко использовали антисептический раствор декасан. С целью ускорения отторжения гнойно-некротических масс и очищения ран в ряде наблюдений использовали растворы протеолитических ферментов (трипсин, химопсин).

У 8 из 13 больных в комплексе местного лечения ран применяли инфракрасный луч, у 5 - кварцевое облучение раневой поверхности. Использовали мази на гидрофильной основе (левомеколь), дающие высокие дегидратирующий и saniрующий эффекты. При смене экссудативной фазы на пролиферативную с целью стимуляции метаболических и репаративных процессов в ране и формирования соединительной ткани применяли мази топического действия (солкосерил, метилурацил).

Комплексное лечение позволило постепенно стабилизировать состояние 9 из 13 больных, купировать явления эндотоксикоза, локализовать гнойно-некротический процесс в пределах пораженных зон, стимулировать репаративные процессы в ране.

У 8 из 13 больных имелась ограниченная форма гангрены Фурнье. У 3 из 8 больных ограниченные раневые дефекты мошонки заживали вторичным натяжением через рубцевание. В 5 наблюдениях при обширных дефектах мошонки с полным обнажением яичек и семенных канатиков после очищения ран выполняли реконструкцию мошонки за счет местных тканей путем мобилизации краев раневых дефектов и наложения вторичных швов.

Из 13 больных умерло 4 (24%), у которых летальный исход был обусловлен поздней госпитализацией и запоздалой операцией. У всех умерших имелась распространенная форма гангрены Фурнье, которая характеризовалась молниеносным и быстро прогрессирующим течением, обширным поражением мошонки, полового члена с распространением гнилостно-некротического процесса на переднюю брюшную стенку, бедра и промежность. Причинами смерти послужили инфекционно-токсический шок (1 больной), прогрессирующий эндотоксикоз (2 больных) и тромбоэмболия легочной артерии (1 больной).

Выводы: Таким образом, ранняя диагностика и активная тактика, применяемая с целью радикальной хирургической обработки гнойно-некротического очага, в сочетании с этапной санационной некрэктомией, комплексная система местного лечения раны, целенаправленная и многокомпонентная коррекция системных и метаболических нарушений гомеостаза являются реальными путями улучшения результатов лечения больных.

ТЕХНИКА ВЕДЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ

*Рустамов У.М., Садикова Д.И., Юсуфалиева Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: сравнительный анализ результатов перкутанной нефролитотрипсии на спине и на животе.

Материал и методы исследования: Больные были распределены в 2 группы: I - 37 больных, которым ПНЛ выполнялась в положении на животе; II - 35 больных, оперированных в полубоковом положении (на спине). В исследование включали пациентов с одним или несколькими камнями лоханки размерами более 2,5 см, требующими создания только одного перкутанного доступа, с ИМТ менее 30 кг/м² и отсутствием противопоказаний к выполнению ПНЛ в положении на животе. Пациенты были разделены по полу, возрасту, ИМТ, по размеру камня и по положению на операционном столе. В I группе средний диаметр камня составил 3,2 см (от 2,5 до 4,8 см), во II группе - 3,0 см (от 2,7 до 4,5 см). Между двумя группами пациентов проводился сравнительный анализ таких параметров как операционное время (от начала катетеризации мочеточника до установки нефростомического дренажа), объем кровопотери, сроки госпитализации и количество интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты исследования: Среднее время операции на животе составил в среднем 68 мин (55 - 140) и на спине 43 мин (25 - 120). Объем кровопотери при ПНЛ на животе в среднем был 246 мл, на спине 230 мл, а среднее время госпитализации 4,7 и 4,6 соответственно. Эффективность ПНЛ на животе составил 91,8% и на спине 91,4%, а количество осложнений 13,5% и 14,2% соответственно. Между двумя сравниваемыми группами статистически достоверной разницы по эффективности ПНЛ, объему кровопотери и срокам госпитализации не получено. Достоверная разница наблюдалась только в длительности операции. Кровотечения, требующего переливания крови, и травм соседних органов не было. Во время ПНЛ на спине внутрилоханочное давление сравнительно ниже, чем при операции на животе. У больных с коралловидными камнями выполнение ПНЛ на спине технически сложнее, что связано с невозможностью межреберной пункции ЧЛС почки через средние и верхние группы чашечек, ограниченностью инструментальных манипуляций в данном положении. Во всех случаях выполнялась ПНЛ по поводу крупного камня верхней чашки доступом в X межреберье. Поэтому при планировании межреберного чрескожного доступа необходимо наряду с почками выполнить МСКТ нижних отделов грудной клетки, что позволяет на томограммах в боковой проекции установить границы плевральной полости и выбрать зону безопасной пункции ЧЛС почки. 43

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

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ

*Рустамов У.М., Хамраев О.А., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

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

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

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

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

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

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТКОВИДНОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

*Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Мамаризаев А.А.
Кафедра хирургии и урологии АГМИ*

Одним из последствий коронавирусной инфекции является эндотелиальная дисфункция. При таком состоянии нарушается слизистая оболочка мелких кровеносных сосудов, а питаемые ими ткани перестают нормально снабжаться кровью и теряют свои функции.

Цель исследования – изучить влияние коронавирусной инфекции на эректильную дисфункцию.

Материал и методы исследования. С 2021 года по 2022 год в отделении урологии клиники АГМИ проконсультировано 46 мужчин, перенесших COVID-19 пневмонию и обратившихся с жалобами на выраженное снижение либидо, эректильной функции и качества половых актов после перенесенного заболевания. Возраст пациентов составил от 38 до 57 лет. У всех из них был как минимум один положительный результат ПЦР респираторного мазка на COVID-19. Анамнестически у всех обратившихся, на основании компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки, была диагностирована пневмония различной степени тяжести. Пациенты с легким течением COVID-19, осложнившимся пневмонией КТ-1, лечение получали амбулаторно, под наблюдением участкового терапевта. Больные со среднетяжелым и тяжелым течением (пневмония КТ-2 и КТ-3) были госпитализированы в специализированные COVID-стационары, где прошли основные этапы терапии. При этом 75% из них находились на поддержке увлажненным O₂, а 11% больных проходили лечение в COVID-реанимации с использованием неинвазивной искусственной вентиляции легких в режиме СРАР (режим постоянного положительного давления в дыхательных путях – Continuous Positive Airway Pressure). Диагностический комплекс включал физикальное обследование, общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование предстательной железы и органов

мошонки, исследование уровня общего простатоспецифического антигена, исследование гормонального статуса – определялся общий уровень тестостерона (Т), лютеинизирующего гомона (ЛГ), пролактина (П).

Было проведено анкетирование пациентов посредством следующих опросников: IIEF (The international index of erectile function, Международный индекс эректильной функции, МИЭФ-5); IPSS (International Prostate Symptom Score, Международный индекс симптомов при заболеваниях простаты шкала суммарной оценки заболеваний простаты); AMS (Aging Males Symptoms, Опросник по симптомам старения у мужчин).

Результаты исследования показали, что при физикальном обследовании, у обратившихся мужчин значимой патологии не было выявлено. Общеклинические анализы крови и мочи, результаты биохимического исследования крови были в пределах нормы.

Все обратившиеся отмечали снижение полового влечения разной степени тяжести, от вялых периодических желаний до их полного отсутствия в течение от 1 до 3 месяцев после перенесенной COVID-19 пневмонии. Многие из них усилием воли заставляли себя совершать коитус, в большинстве случаев (67%) под психологическим давлением половых партнерш. Это в итоге приводило к конфликтам, что еще более отягощало эмоциональную обстановку.

По результатам анкетирования Международного индекса эректильной функции больные были распределены на 3 группы:

1 группа – 16 мужчин, у которых суммарный балл по шкале МИЭФ-5 составил 17-21, были включены в группу с лёгкой степенью нарушения эректильной дисфункции;

2 группа – у 22 пациентов суммарный балл составил 12-16, что объединило их в группу с умеренно-лёгкой степенью нарушения эректильной дисфункции

3 группа – 8 пациентов с тяжёлой степенью эректильной дисфункции, так как сумма теста составила 5-7 баллов.

После перенесённого COVID-19 пациенты 1 и 2 группы отметили, что больше всего их беспокоят трудности с возникновением и поддержанием эрекции, неполного удовлетворения от полового акта, причём 1 группа больных отметила по 3-4 балльной системе (иногда или в половине случаев), а пациенты 2 группы - по 2 балльной системе (что означает редко).

Последствия COVID-19 у пациентов 3 группы выражалась в отсутствии утренней эрекции, полного неудовлетворения от полового акта, отсутствии либидо.

Значения относительно общепринятой величины тестостерона более 12 нмоль/л соответствуют норме, согласно рекомендациям ISSAM (Международное общество по изучению вопросов старения и здоровья мужчин). В наших исследования лабораторный уровень тестостерона в данных группах составлял: у пациентов 1 группы – 12,0 нмоль/л и выше, во 2 группе – уровень тестостерона был снижен до 10,0 нмоль/л, в 3 группе - уровень тестостерона был снижен до 8,0 нмоль/л.

Выводы:

1. Тема вирусных поражений органов мужской половой системы с негативными последствиями для фертильности и эрекционной составляющей для урологической практики расширяется и последствиями коронавирусной инфекции.
2. COVID-инфекция оказывает негативное влияние на эректильную функцию, снижая уровень тестостерона.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ

Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж., Шарифжонов С.М.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент

Актуальность. Особенность лечения повреждений паренхиматозных органов, а также выполнения хирургических вмешательств на органах брюшной полости в настоящее время заключается в том, что значительно возросло количество людей, которые на фоне сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, вынуждены систематически применять препараты, снижающие свертывание крови. В этих условиях остановка кровотечения и его контроль в последующем становится актуальной задачей, требующей своего решения. Большинство препаратов местного действия малоэффективны в условиях гипокоагуляции.

Цель исследования: оценить гемостатические свойства отечественных местных гемостатиков в условиях искусственной гипокоагуляции с использованием медикаментозных препаратов.

Материалы и методы. В группы исследований включены опыты на белых беспородных лабораторных крысах весом 220-280г. Для снижения свертывания крови в эксперименте использован препарат аспирин, который давался лабораторным животным в течение 2 недель из расчета 2,5мг препарата на 250,0г веса животного 3 раза в сутки вместе с приемом пищи.

Опытная серия животных получала аспирин в указанной выше дозе путем растворения таблетки аспирина в воде. Контрольная группа животных получала плацебо. Через 2 недели после подготовительного этапа были проведены эксперименты с моделированием плоскостной раны печени. Методика заключается в формировании плоскостной раны левой доли печени по передней поверхности с использованием абразивного материала на глубину до 1-2 мм. Учитывая размеры печени у крысы, можно считать, что кровотечение носило смешанный характер с достаточной степенью интенсивности. Для остановки кровотечения применяли гемостатический порошок Хемобен, который применялся до полной остановки кровотечения. В контрольной группе животных производилась попытка остановить кровотечение с использованием марлевых полосок и шариков.

После остановки кровотечения проводилось наблюдение в течение 10 минут для контроля стойкости гемостаза. Последующие исследования на макро и микроскопическом уровне процессов заживления раны печени, а также изменения лабораторных показателей проводились в сроки 1, 3, 5, 7, 14 суток после операции.

Результаты. В группе контроля, кровотечение без применения марлевых шариков практически не прекращалось. Небольшая остановка наступала на фоне снижения А/Д, но через короткое время возобновлялось. Полный гемостаз из раны печени удавалось достичь с применением марлевых шариков, размером 1х1 см, расход которых достигал до 4-8 до полной остановки. Среднее время полного гемостаза составило 430-600 сек. Потеря крови, измеренная путем взвешивания марлевых шариков до и после остановки кровотечения, составила 2-3 мл. Наблюдение за состоянием раны печени в течение 10 минут выявила эпизоды повторного кровотечения в 50% случаев.

В опытной группе животных кровотечение останавливали путем присыпки гемостатического порошка Хемобен на рану, сразу же после просушивания поверхности марлевым шариком. Результаты исследований показали, что для остановки кровотечения пришлось использовать 2-х кратный объем порошка, который согласно инструкции составлял 1 г на 100 см² раневой поверхности. В наших

наблюдениях на 1см^2 поверхности раны печени приходилось расходовать порошок 2 или 3кратно из расчета 10 мг на 1см^2 раны печени. В среднем расход препарата составил $35,5\pm 2,3\text{мг}/\text{см}^2$. Полный гемостаз при применении Хемобен отмечен в течение 90-210 сек., в среднем $175,0\pm 23,3\text{сек}$. Кровопотеря, вычисленная путем взвешивания марлевых шариков, составила не более 1,2 мл. Следует отметить, что время гемостаза с использованием порошка Хемобен значительно сокращалось при прикладывании марлевых полосок, присыпанных порошком Хемобен. Достаточно было прикладывания 1 или 2кратно чтобы гемостаз достигал в течение 30-80 сек после прижатия полоски к ране. Кровопотеря при этом была незначительной и составляла менее 0,5 мл. Повторное кровотечение после гемостаза в период наблюдения в течение 10 минут составило 15%. Последующие наблюдения за животными показали, что через 1 и 3 часа после операции имплантат сохранялся на поверхности печени в виде белого налета и не отделялся от раневой поверхности. На 30-е сутки после операции рана печени оказалась полностью зажившей без рубцевания и инфильтрации краев. Осложнения и летальные исходы животных за время и после проведения экспериментов не отмечались.

В группе животных, где применялась гемостатическая губка на 1-сутки после операции губка на поверхности печени представляла собой рыхлую массу, имбибированную кровью. В брюшной полости имелись признаки повторного эпизода кровотечения из раны печени. Имел место отек тканей и рыхлый спаечный процесс в области раны печени покрытой губкой. Гистологически вокруг раны были кровоизлияния, некроз гепатоцитов, отек синусоидов, полнокровие сосудов. При макро- и микроскопической оценке на 3-, 7-, 14-е сутки в контрольной группе, имело место постепенного нарастания признаков воспаления, отмечалось образование плотного спаечного процесса. На 30-е сутки наблюдается процесс рассасывания соединительной ткани и формируется соединительно-тканная капсула вокруг остатков коллагенового покрытия.

Вывод. Применение гемостатического имплантата Хемобен позволяет эффективно остановить кровотечение, однако расход препарата увеличивается в 2-3 раза в сравнении с указанной инструкцией. Исследования на микроскопическом уровне не выявили столь значимые отрицательные последствия применения больших доз гемостатического имплантата. Установлено, что гемостатический имплантат Хемобен обладает высокой адгезивностью к влажной поверхности предметов, а также к биологическим тканям и существенно превышает таковые показатели у коллагеновой губки. В условиях медикаментозной гипокоагуляции Хемобен оказывает хороший и стойкий гемостаз, который достоверно превышает показатели гемостатической губки. При необходимости можно увеличить расход гемостатического порошка Хемобен в 3-4 раза, что не приводит к осложнениям при остановке кровотечений из паренхиматозных органов. Для усиления гемостаза порошка Хемобен при медикаментозной гипокоагуляции в целях предупреждения рецидивов кровотечения показана оментопексия с использованием адгезивных свойств сухого порошка Хемобен.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ХЕМОБЕН» ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж., Маткаримов Ш.У.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент*

Актуальность. Одним из важных направлений развития здравоохранения является не только внедрение передовых медицинских технологий, но и разработка отечественных медицинских изделий различного назначения с целью

«импортозамещения». Для практической хирургии в этом плане особое значение имеет внедрение отечественных вариантов раневых покрытий, так как зарубежные аналоги отличаются высокой стоимостью и в связи с этим не могут широко применяться в нашей стране. Первая успешная разработка отечественного гемостатического покрытия (Гепроцел) уже апробирована во многих клиниках, а его эффективность была доказана в нескольких научных исследованиях. Разработки в этом направлении продолжены и на основе первичного средства был создан новый вариант гемостатического покрытия, свойства которого включали не только гемостатический эффект, но и возможность противовоспалительной активности. Проведенные экспериментально-морфологические исследования позволили обосновать эффективность применения нового отечественного гемостатического имплантата Хемобен при паренхиматозных кровотечениях. Это послужило основой для внедрения нового средства в клиническую практику.

Цель исследования: оценить эффективность раневого покрытия Хемобен при кровотечениях из паренхиматозных органов.

Материалы и методы. В основную группу включены 10 пациентов с травмами печени или селезенки, у которых интраоперационно для достижения гемостаза применялся Хемобен. В группу сравнения вошло 26 пациентов, отобранных по аналогичным признакам повреждения печени или селезенки, интраоперационно гемостаз достигался коагуляцией, временным тампонированием раны и (или) прошиванием. Во всех случаях стремились произвести органосохраняющие операции, произведены коагуляции поврежденных участков селезенки и печени, в некоторых случаях ушивание надрывов капсулы печени, сочетание этих манипуляций с фиксацией сальника для обеспечения более надежного гемостаза.

Если рассмотреть характер выполненных операций отдельно по органам и группам, то становится очевидным, что адекватный гемостаз был достигнут в основной группе при ранениях селезенки в 100% (4 больных), при ранениях печени в 83,3% (5 больных). Тогда как в группе сравнения эти показатели составили 77,8% (7 больных) и 64,7% (11 больных) соответственно. Причем, если в основной группе спленэктомию не выполнили ни в одном случае, в группе сравнения в 2 (22,2%) случаях был отмечен рецидив кровотечения, повлекший за собой расширение объема вмешательства и спленэктомию. При ранениях печени в основной группе в 1 (16,7%) случае было повторное кровотечение, в результате понадобилось дополнительное прошивание раны печени. В контрольной группе результат значительно хуже, в 6 (35,3%) случаях отмечен рецидив кровотечения, потребовавший дополнительного прошивания раны печени. Таким образом, если в основной группе адекватный первичный гемостаз достигнут в 90% случаев (9 из 10 больных), в контрольной группе данный показатель составил лишь 69,2% (18 из 26 больных).

Результаты. Для достижения гемостаза в основной группе понадобилось в среднем $18,5 \pm 3,4$ минуты, тогда как в группе контроля в 1,5 раза больше – $28,1 \pm 14,8$ минуты ($t=3,09$; $p<0,05$). Соответственно это сказалось на времени операции, если в основной группе на все вмешательство ушло $57 \pm 11,4$ минуты, в группе контроля понадобилось $72,9 \pm 21,9$ минут ($t=2,84$; $p<0,05$). Достижение тщательного гемостаза повлияло на дальнейшее послеоперационное течение. В частности, отделяемое по дренажам в контрольной группе на 1-2-3-е сутки превышало таковое в основной группе. На первые сутки $59,4 \pm 27,7$ мл против $38,5 \pm 12,0$ мл ($t=3,15$; $p<0,05$). На вторые сутки $42,7 \pm 20,1$ мл против $26,0 \pm 9,4$ мл ($t=3,39$; $p<0,05$). На третьи сутки $27,1 \pm 16,1$ мл против $14,5 \pm 5,0$ мл соответственно ($t=3,57$; $p<0,05$).

Иногда характер отделяемого значит больше, чем его количество. Поэтому для точного определения сопоставимости выделяемой жидкости из брюшной полости мы провели определение уровня гемоглобина в экссудате, полученном по дренажам. На первые сутки уровень гемоглобина в отделяемом из дренажа в группе контроля составил $22,6 \pm 8,4$ г/л, тогда как в основной группе этот показатель составил $14,4 \pm 5,3$

г/л ($t=3,51$; $p<0,05$). На вторые сутки $19,8\pm 9,2$ г/л против $12,5\pm 3,9$ г/л ($t=3,36$; $p<0,05$). На третьи сутки $15,1\pm 6,9$ г/л против $9,7\pm 2,2$ г/л соответственно ($t=3,56$; $p<0,05$).

Всем известно, что наличие большего отделяемого с интенсивной геморрагической окраской требует более длительного периода дренирования, и соответственно госпитализации. Ввиду того, что в контрольной группе количество отделяемого из дренажей было большим, а характер жидкости более геморрагическим, то сроки дренирования оказались выше, чем в основной группе. Так, в группе контроля дренажи функционировали в среднем $6,2\pm 2,4$ дней, тогда как в основной группе этот показатель составил $4,2\pm 1,7$ дней ($t=2,85$; $p<0,05$). Сроки госпитализации составили $8,4\pm 1,9$ дней в контрольной группе против $6,4\pm 1,3$ г/л в основной группе ($t=3,47$; $p<0,05$).

В основной группе интраоперационный гемостаз был достоверно более надежным, что сказалось в раннем послеоперационном периоде на количестве и характере отделяемого из дренажей. В результате, дренажи были удалены на более ранних сроках, нежели в контрольной группе, и больные были выписаны из стационара раньше. Ускорение периода достижения абсолютного гемостаза с $28,1\pm 18,5$ до $18,5\pm 3,4$ минут ($t=3,09$; $p<0,05$) позволило сократить время операции с $72,9\pm 21,9$ минут в группе сравнения до $57,0\pm 11,4$ минут в основной группе ($t=2,84$; $p<0,05$).

В ближайший период после операции отмечено существенно меньшее количество отделяемого по дренажам в основной группе – $38,5\pm 12,0$ мл против $59,4\pm 27,7$ мл в группе сравнения в первые сутки ($t=3,15$; $p<0,05$) и на третьи сутки $14,5\pm 5,0$ мл против $27,1\pm 16,1$ мл ($t=3,57$; $p<0,05$). Хороший гемостатический эффект Хемобена также обеспечил существенно низкое содержание гемоглобина в отделяемом по дренажам, показатель которого составил $14,4\pm 5,3$ г/л против $22,6\pm 8,4$ г/л в первые сутки ($t=3,51$; $p<0,05$) и на третьи сутки $9,7\pm 2,2$ г/л против $15,1\pm 6,9$ г/л ($t=3,56$; $p<0,05$).

В целом отмечено сокращение периода дренирования брюшной полости с $6,2\pm 2,4$ суток в группе сравнения до $4,2\pm 1,7$ суток в основной группе ($t=2,85$; $p<0,05$) и общего периода госпитального лечения с $8,4\pm 1,9$ суток до $6,4\pm 1,3$ суток ($t=3,47$; $p<0,05$).

Вывод. Внедрение в клиническую практику нового отечественного имплантата Хемобен позволило положительно охарактеризовать перспективы его применения для остановки паренхиматозных кровотечений, так в интраоперационный период эффективность первичного гемостаза при ограниченных травмах печени или селезенки составила 90% против 69,2% в группе сравнения, где соответственно в 30,8% случаев потребовались дополнительные меры.

УСПЕШНОЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕОЖОГОВОЕ КОНТРАКТУРОЙ И НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Садыкова М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Актуальность: Обеспечение проходимости дыхательных путей у пациентов с ожогами ротовой полости и шеи часто является проблемой для анестезиолога. Ограниченное открывание рта, уменьшение ротоглоточного пространства, ограниченное разгибание атланта-затылочного сустава, снижение податливости подчелюстного пространства и рубцовые изменения кожи шеи неизбежно приводят к затруднению проходимости дыхательных путей.

Возможности современной анестезиологии, техническое и медикаментозное обеспечение, совершенствование современной регионарной анестезии позволяют в той или иной мере решать эти проблемы РПХ. [8,10]. Однако, имеется целый ряд пациентов с распространенностью основного процесса, нуждающихся в особых

анестезиологических приемах направленных на улучшение функционирования восстанавливаемых тонких анатомических структур. Пути оптимизации этой проблемы в полном объеме отсутствуют [2,3,7]. Нет четких рекомендаций по эффективному обеспечению безопасности выполнения все усложняющихся реконструктивно–пластических вмешательств.

Целью настоящего исследования является оптимизация анестезиологического пособия при трудной интубации, вызванной послеожоговой контрактурой лица, шеи и грудной клетки путем различных комбинаций современных методик анестезиологического обеспечения реконструктивно–пластической хирургии.

Материал и методы исследования: У 106 больных 1-2 класса риска анестезии по ASA в возрасте от 14 до 55 лет был прогнозирован синдром «трудного дыхательного пути». Все пациенты оперировались в плановом порядке с послеожоговыми рубцами лица и шеи. Всем пациентам проводилась стандартная премедикация за 20 минут до операции. Вмешательства проводились в условиях комбинированной анестезии на основе внутривенной инфузии кетамина, фентанила, барбитуратов, пропофола, бензодиазепинов, миорелаксантов в обычных дозировках с ингаляцией паров наркотана. Использована ультразвуковая методика наведения иглы по длинной оси датчика с однократным введением местного анестетика (inplane ultrasound-guided single-insertion). Блокаду поверхностного шейного сплетения выполняли под УЗИ-контролем (Fujifilm Sonosite Edge Inc. – US) линейным датчиком (Sonosite HFL38 13-6MHz).

Контроль адекватности анестезии, ИВЛ, инфузионно-трансфузионной терапии осуществлялся по общепринятым клиническим признакам и мониторингом показателей гемодинамики, газообмена, почасового диуреза, пульсоксиметрии, капнографии.

Результаты и обсуждение: У 44 пациентов с дефектами верхней и нижней челюсти и мягких тканей лица в ситуации невозможности масочной вентиляции интубация трахеи проводилась обычной ларингоскопией под местной анестезией 10% лидокаином и седацией препаратами бензодиазепинового ряда с сохранением спонтанного дыхания.

У 23 больных с послеожоговыми стягивающими рубцами шеи, перевод больных на ИВЛ осуществлялся либо с помощью бронхоскопа, либо, после рассечения стягивающих рубцов, разгибания шеи в атлanto-окципитальном сочленении, интубацией трахеи под контролем стандартной ларингоскопии.

В 23 случаях использована ультразвуковая методика наведения иглы по длинной оси датчика с однократным введением местного анестетика (inplane ultrasound-guided single-insertion). При выполнении 10-ти краткосрочных операций ИВЛ проводилась через ларингеальную маску.

В 5 случаях микростомии применялась назотрахеальная интубация под визуальным контролем бронхофиброскопа. Во всех случаях была достигнута адекватная анестезия.

Выводы:

1.Определение правильной тактики в ситуации «трудного дыхательного пути» у больных в реконструктивно-пластической хирургии лица и шеи с учётом характера повреждения, наличия современных технических средств и соблюдения принятого алгоритма действий, позволяет обеспечить безопасность и адекватность анестезии. На всех этапах анестезии в отсутствии гиперкапнии, гипоксии и гипоксемии, в условиях стабильной гемодинамики.

2. Выполнение блокады поверхностного шейного сплетения при помощи методики ультразвукового наведения иглы по длинной оси датчика с однократным введением местного анестетика можно считать более эффективной и безопасной методикой по сравнению с классической.

3. Непрерывная визуализация при проведении инвазивных манипуляций позволяет практически полностью исключить возникновение возможных осложнений (непреднамеренная пункция сосудов и внутрисосудистое введение местного

анестетика), связанных с техникой выполнения, и сделать их более безопасными для пациента.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ В ПРОЦЕССЕ РПО У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ ЛИЦА, ШЕИ И ГРУДИ

Садыкова М.А

Андижанский Государственный медицинский институт.

Андижан, Узбекистан

Рациональный подход к анестезии в реконструктивно – пластической хирургии (РПХ) позволяет поддерживать адекватную гемодинамику, газообмен и микроциркуляцию в периоперативном периоде, что способствует хорошей заживляемости раны и оказывает немаловажное значение в благополучном исходе операций данного типа.

К сожалению, существующие общепринятые критерии оценки адекватности анестезии не всегда могут своевременно информировать о расстройствах микроциркуляторного русла кровообращения, особенно в зоне оперативного вмешательства. Расширение возможностей периоперативного контроля периферического кровотока оперируемой зоны в РПХ может дать более глубокую информацию об эффективности проводимой анестезии при хирургических вмешательствах данного типа.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния применяемых методов обезболивания на показатели температурного градиента и напряжения кислорода в мягких тканях оперируемой зоны с оценкой их информативности как критерия адекватности обезболивания при ликвидации контрактур лица, шеи и грудной клетки.

Материалы и методы исследования

Характер оперативных вмешательств был следующим: комбинированная пластика (12), лоскутная пластика (15), перекрёстная пластика (18), свободная кожная пластика (5).

Продолжительность операции была в пределах 136+15 минут. Согласно использованному нами анестезиологическому пособию, пациенты были разделены на 2 группы: в первой (1) группе – 27 пациентам (48.2%) использовалась регионарная анестезия (блокада шейного сплетения и 3 ветви тройничного нерва). Во второй (2) группе 29 пациентов (51.8%) РПО выполнялась в условиях тотальной в/в анестезии бензодиазепинами, кетаминном, фентанилом с миоплегией ардуаном в стандартных возрастных дозировках.

Адекватность анестезиологического пособия контролировалась клиническими изменениями по показателям систолического (АД сист), диастолического (АД диаст), среднего артериального давления (АД ср), по измерениям частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрии и термометрии.

Периоперативно исследовалось напряжение кислорода (P_{TKO_2}) в основании мягких тканей оперируемой зоны методом чрескожной контактной полярографии, выполненной на аппарате ТСМ – 2 фирмы «Radiometer» (Дания) с помощью контактного датчика типа Кларка. Температуру измеряли электрическим термометром с фиксацией центральной T_1C (полость рта) и периферической T_2C (подключичная область), а также зоны поражения T_3C с определением температурного градиента (ΔT_1C – между T_1C и T_2C), ΔT_2C – между T_1C и T_3C , ΔT_3C — между T_3C и T_2C . Все вышеперечисленные показатели фиксировали накануне операции (1й этап), по достижении хирургической стадии анестезии (2 этап), во время выполнения основного этапа операции (3 этап), по окончании операции (4 этап).

Результаты их обсуждения

Согласно полученным данным показатели артериального давления, ЧСС, пульсоксиметрии у пациентов обеих групп весь период наблюдения были в пределах физиологических значений.

Показатели P_{TKO_2} в начале операции в лоскутах у пациентов 1 группы на 2.3% было ниже, чем в контрольной зоне и на 57.8% после выполнения функциональной пробы.

У пациентов, которым применялась ТВА (2 группа), P_{TKO_2} в основании лоскутов было ниже, чем в контрольной зоне на 2 этапе исследования на 36.8%. В фазе фиксации лоскута и в конце операции у пациентов 1 группы P_{TKO_2} в основной зоне была ниже, чем в контрольной на 32.3% и 35.9% соответственно.

Что касается 2 группы больных, то на указанных 3 и 4 этапах разница P_{TKO_2} между основной и контрольной зонами составила 38.1% и 39.2% соответственно.

Разница P_{TKO_2} между контрольными значениями в группах на 2, 3 и 4 этапах составила 5.4%, 9.0% и 9.8% соответственно, а в основных зонах на этих же этапах исследования она составила 10.9%, 16.8%, 14.4% соответственно, свидетельствуя о лучшей степени газообмена в мягких тканях оперируемой зоны (лоскутах) у пациентов 1 группы, оперируемых в условиях БШС.

Обнаруженные нами данные показывают, что при выполнении РПО – пересадка лоскутов после устранения постожоговой контрактуры на шее ухудшается доставка кислорода в зону хирургических манипуляций. Степень этих расстройств зависит от использованного метода анестезии. Согласно полученным нами данным БШС позволяла сохранять более удовлетворительные значения P_{TKO_2} в основании пересаживаемых лоскутов нежели ТВА кетаминот и фентанилом. Полученные данные оказывали своё влияние на результаты РПО.

Центральная температура (защёчная) имела некоторую тенденцию к снижению от этапа к этапу, становясь самым низким в конце операции в обеих группах больных. Та же тенденция отмечена и у показателей T_2C в группах отражающую периферическую температуру тела. Что касается температуры лоскутов (T_3C), то динамика её на этапах операции была различной в изучаемых группах. Так, если в 1 группе в начале операции средняя температура лоскута составляла 27.4° , то на этапе фиксации лоскута она на 3.6° (13.1%) была выше, а к концу операции оставалась ниже на 1° периферических температур. Динамика температуры лоскутов во 2 группе больных была менее выраженной. Самые низкие её показатели были отмечены в конце операции.

На предоперационном этапе температурные параметры поражённой зоны (T_3C) существенно не отличались от температуры в здоровых участках тела. Разница между T_3C и T_2C в обеих группах была в пределах $1.3 - 1.5^\circ$ ($p > 0,05$).

Однако сразу после проведения регионарной анестезии у больных 1 группы температура поражённой зоны повысилась почти на 1 градус от предыдущих значений. Сравнивая температурные градиенты лоскутов на этапах в группах ($T_2C - T_3C$), то уже со 2 этапа эта разница очевидна. Так, $T_2C - T_3C$ на 2, 3 и 4 этапах РПО составила 0.6° (2.6%), 3.0° (7.2%), 1.7° (6.6%). Указанные результаты свидетельствуют (косвенно) о лучшей микроциркуляции при региональном обезболивании, нежели ТВА.

Полученные нами результаты по данным термометрии лоскутов на этапах хирургического вмешательства вполне согласуются с таковыми изменениями напряжения кислорода в тканях лоскута (P_{TKO_2}) у обследованных нами больных.

Обнаруженные нами данные показывают, что при выполнении РПО – пересадка лоскутов после устранения постожоговой контрактуры на шее ухудшается доставка кислорода в зону хирургических манипуляций. Степень этих расстройств зависит от использованного метода анестезии. Согласно полученным нами данным БШС позволяла сохранять более удовлетворительные значения P_{TKO_2} в основании

пересаживаемых лоскутов нежели ТВА кетаминном и фентанилом. Полученные данные оказывали своё влияние на результаты РПО.

Выводы

Полученные нами результаты по данным термометрии лоскутов на этапах хирургического вмешательства вполне согласуются с таковыми изменениями напряжения кислорода в тканях лоскута (P_{TKO_2}) у обследованных нами больных.

Подводя итог проведённому нами исследованию в данном разделе, можно с очевидностью отметить, что мониторинг напряжения кислорода в тканях лоскута (P_{TKO_2}) и температуры его, могут служить достаточно информативным методом контроля состояния микроциркуляции, что, безусловно, оказывает влияние на приживление лоскутов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Солиев И.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Поясничный отдел как и шейный является наиболее мобильным отделом позвоночника: в нем возможны движения в сагитальной (флексия и экстензия), во фронтальной (боковые наклоны) плоскостях, вращения (ротация) вокруг вертикальной оси, а также комбинации этих движений. Несмотря на предложенные методы инструментального и математического измерения движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника в практике часто используются ориентировочным определением объёма движений по отношению к их нормальному объёму. Отсюда и такая разноречивость данных, полученных различными исследованиями. Для определения подвижности пояснично-крестцового отдела позвоночника нами был предложен прибор, позволяющий определить амплитуду активных движений. Единицей измерения прибора является градус. Установка прибора при каждом измерении в нейтральное положение позволяет точно определить точку отсчёта, что существенно сказывается на достоверности показаний прибора. Данным методом мы определяли мобильность пояснично-крестцового отдела позвоночника у 52 больных при их поступлении и перед выпиской из стационара. Полученные данные сравнивались с данными литературы (по М.Ф.Иваницкому). для здоровых людей. (норма). При инструментальном обследовании больных в большинстве случаев (78,4%) наблюдалось возникновение или усиление болевого синдрома, особенно при наклонах вперед (74,3%) и назад (61,4%). Боль приводила к защитной мышечной реакции, что выражалось в значительном напряжении мышц спины и тазового пояса, что выражалось в значительном напряжении мышц спины и тазового пояса, что обусловлено, влияло на мобильность позвоночника. Следует при этом отметить некоторое снижение подвижности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника у всех обследованных больных по сравнению со здоровыми лицами. Особенно заметное снижение подвижности определяется при разгибательных и сгибательных движениях.

Таким образом, у значительного большинства больных при поступлении в остром и подостром периодах определяется уменьшение подвижности в этом отделе. Уменьшение подвижности сопровождается усилением или возникновением боли и напряжением мышц спины и тазового пояса. Возникновение последних можно трактовать как одно из проявлений нестабильности позвоночно-двигательных сегментов позвоночника.

РОЛЬ ПОСТВАКЦИОНАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ВАКЦИНАЦИЮ БОЛЬНЫХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тоджиходжаев Ш.Ш., Д.З. Мамарасулова
Андижаснский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Безопасная и эффективная вакцина имеет наибольшие перспективы для преодоления пандемии COVID-19, нерешительность в отношении принятия вакцин остается обычным явлением. Чтобы изучить решения о принятии вакцины, был проведен общенациональный опрос 1000 человек из Андижана и Андижанской области в августе 2020 г. и повторный опрос в декабре 2020 г. Используя факторный план эксперимента $3 \times 3 \times 3$, мы оценили влияние трех факторов: вероятность 1) защита от COVID-19, 2) незначительные побочные эффекты и 3) серьезные побочные реакции. Результатом стало сообщение респондентов о вероятности получения вакцины от коронавируса. Вероятность эффективности вакцины (50%, 70% или 90%) оказала наибольшее влияние среди трех факторов. Вероятность незначительных побочных эффектов (50%, 75%, 90%), включая лихорадку и боль в руке, существенно не влияла на вероятность получения вакцины. Вероятность серьезной побочной реакции, такой как временный или постоянный паралич, имела небольшой, но значительный эффект. Несмотря на то, что в настоящее время вводятся безопасные и эффективные вакцины, программы вакцинации по-прежнему сталкиваются со значительными препятствиями. Одно исследование показало, что 35,8% взрослых отказываются делать прививки от гриппа (2). Недавние оценки Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) показывают, что только около 63% детей в возрасте до 18 лет и 45% взрослых получили прививку от гриппа в течение сезона гриппа 2018–2019 гг. Наша группа недавно провела опрос общественного мнения о недоверии к вакцинам. Используя репрезентативную выборку населения Андижана и Андижанской области, мы обнаружили, что только 38% взрослого населения сообщили о том, что они с большой вероятностью примут вакцину от коронавируса, а еще 29% сообщили о некоторой вероятности.

Выводы. Используя опрос, проведенный в мае 2020 г. обнаружили, что 67% сообщили, что они примут вакцину против COVID-19 (аналогично нашим 38%, весьма вероятно + 29%, скорее, = 67%), но, вероятно, принятие зависит от демографической группы: мужчины, пожилые люди, и выпускники колледжей более склонны к принятию [3]. Несколько исследований показали, что предпочтение кандидата сильно коррелирует с вероятным принятием вакцины

ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИН ПРОТИВ COVID-19 НА МОДЕЛИ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Тоджиходжаев Ш.Ш., Д.З. Мамарасулова
Андижаснский государственный медицинский институт

Актуальность. Со времени своего появления в декабре 2019 года SARS-CoV-2, вирус, вызывающий коронавирусную болезнь 2019 года (COVID-19), затронул огромное количество людей по всему миру. По состоянию на 28 февраля 2021 года в мире зарегистрировано более 110 миллионов случаев инфицирования и 2,5 миллиона смертей от COVID-19. Несмотря на то, что большинство смертей от COVID-19 наблюдалось среди пожилых людей и лиц с хроническими сопутствующими заболеваниями, смертность зарегистрирована среди людей всех возрастов.

Цель. Изучение характера неблагоприятных эффектов вакцинации COVID-19 на модели Ферганской долины. С декабря 2020 года начался выпуск вакцин в

соответствии с различными планами распределения, которые разнятся от страны к стране. Как правило, эти планы основаны на критериях риска серьёзных заболеваний и смертности, этических принципах справедливости и равенства, а также на факторах восстановления экономики различных стран. Эффективность вакцины (ЭВ) может отличаться для разных исходов заболевания, для инфекции и заражаемости, а также для новых штаммов вируса. Кроме того, необходимо принимать во внимание существенные программные вопросы, например, эффективность незавершённой схемы введения, разница во времени введения вакцины, а также взаимозаменяемость различных вакцинных препаратов. Неоптимальная мощность холодовой цепи, несвоевременная и неполная вакцинация новыми дозами могут дать совершенно другой результат при исследовании эффективности вакцины. Эффективность вакцин против новых штаммов вируса может быть снижена.

Выводы. Оценка продолжительности проведения и эффективности вакцин против COVID-19 после их внедрения требует более долгосрочных исследований.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ЯИЧНИКОВ

*Тожиходжаев Ш.Ш., Мадрахимова Б.Х., Аблязов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. В последние годы ультразвуковой метод динамично развивается. На сегодня использование эхографического метода путем полупроекции (ультразвуковое сканирование в краниокаудальной и поперечной проекциях) и полупозиционной (лёжа на спине и на боку) позиции для диагностики патологии органов гениталий, в частности, кисты яичников остаётся актуальным.

Цель исследования. Определить возможности ультразвуковой диагностики кист яичников у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование было выполнено у 64 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с патологией яичников на диагностических аппаратах "INTERSKAN-250", (Германия) и "ALOKA SSD-630 (Япония) в реальном масштабе времени в В-режиме при помощи конвексного и линейного датчиков частотой 3.5 МГц полупозиционными и полупроекционными способами.

Эхография способствует различию гладкостенных кист яичников от кист с перегородками; единичных от множественных, в основном, эхографическая картина кист яичников зависит от расположения, размеров, форм и вариантов кист. Полостные образования яичников встречаются в виде односторонних фолликулярных кист, двусторонних фолликулярных кист, многокамерных фолликулярных кистей, псевдомуцинозные кисты и кистомы. Односторонние фолликулярные кисты яичников нами были отличены у 65,5% лиц и эхографически установлена тонкостенная, округлая, анэхогенная полость с четкими, ровными контурами с жидкостью. У 13,3% лиц с двухсторонними фолликулярными кистами наблюдались аналогичные эхографические картины как у односторонних, так и с двух сторон. Многомерные фолликулярные кисти яичников отмечены у 9,7% лиц и характеризовалась множественными перегородками и утолщенным или тонкими стенками с одной или двух сторон. Псевдомуцинозные кисты у 11,5% людей представлены анэхогенными образованиями с четкими, утолщенными контурами, внутренними перегородками и эхопозитивной взвесью.

Выводы. На примере нашей работы можно предположить, что ультразвуковое исследование является методом ранней диагностики определения вариантов и стадии полостных образований яичников, в том числе, кист яичников.

ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ

*Туланов Дилшод Шомирзаевич, Эшбадалов Худайберди Юлдашевич,
Тешабоев Мухаммадяхё Гуломкодирович, Файзиходжаев Олмос Сайфиддинович
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острые гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Под нашим наблюдением находилось 57 детей с острыми и хроническими одонтогенными остеомиелитами челюстно-лицевой области в клинике многопрофильного детского центра отделения хирургической стоматологии АГМИ.

Цель. Изучить особенности клинического течения при острых одонтогенных остеомиелитах.

Материал и методы. По возрасту дети распределялись следующим образом:

до 5 летнего возраста - 14 детей, от 6 до 10 летнего возраста - 21, от 11 до 18 летнего возраста - 22. Из них было обследовано 29 мальчиков и 28 девочек.

С острым одонтогенным остеомиелитом челюстей было обследовано 22, с хроническим - 15 детей, с заболеваниями других органов и тканей лица было 20 детей.

У детей с одонтогенными воспалительными процессами нами проведены исследования белковых фракций плазмы крови.

Обычно течение острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей сопровождается высокой температурой тела, с резко выраженным отеком и припухлостью тканей. В тяжелых случаях иногда отмечается рвота и понос. Возбуждение сменяется апатией.

Осложнения одонтогенных воспалительных процессов детского возраста довольно разнообразны, некоторые из них угрожают жизни больного.

Хронические воспалительные процессы поражают растущие костные ткани и часто вызывают различные деформации лица и недоразвития челюстей. Важную роль в правильном развитии челюстей имеют зачатки молочных и постоянных зубов. Поэтому необходимо во время операции чрезвычайно бережно относиться к ним.

В борьбе организма с микробами имеют важное значение глобулины, причем в этом существенную роль играют нуклеиновые кислоты, содержащиеся в ядрах клеток, вырабатывающих гамма-глобулины и определяющих структуры их молекул.

Результаты. Установлено, что при воспалительных процессах уменьшается альбуминовая и значительно увеличивается глобулиновая фракция белков плазмы крови. Такие изменения являются одним из самых ранних признаков гнойной инфекции, когда еще очень слабо выражены клинические симптомы воспаления. Этот признак приобретает особое значение, ибо диагностика воспалительного процесса челюстно-лицевой области в детском возрасте бывает затруднена в связи со стертой, неясностью общеизвестных клинических признаков гнойного процесса. Чем обширнее гнойный процесс и тяжелее интоксикация, тем более выражено снижение альбуминов и увеличение количества глобулинов в плазме крови.

Лечебные мероприятия при одонтогенных воспалительных процессах у детей зависят от стадии заболевания.

При острой стадии основное внимание должно быть уделено повышению сопротивляемости организма ребенка, устранению интоксикации путем ограничения гнойных очагов и непосредственному воздействию на возбудителя болезни.

Рекомендуются ранние разрезы в полости рта до появления флюктуации. Наружные разрезы следует проводить по строгим показаниям.

В хронической стадии заболевания лечебные мероприятия должны предусматривать повышение регенеративных свойств организма и удаление некротических тканей, поддерживающих воспалительный процесс и интоксикацию продуктами распада белка.

Выводы. Операция проводится с учетом топографо-анатомических особенностей данной области в детском возрасте с минимальной травмой. Следует учесть, что при воспалительном процессе костной ткани образование секвестров у детей происходит ранее, чем у взрослых.

Своевременная диагностика одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей, правильное и своевременно проведенное эффективное лечение, как правило, приводят к более быстрому выздоровлению и предупреждают тяжелые общие и местные осложнения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Тургунов Ш.Ш., Садилов Р.А., Ботиров А.К., Носиров М.М., Султонов Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Современный этап развития медицинской науки характеризуется ростом целого ряда злокачественных и доброкачественных патологий толстой кишки, с ежегодной заболеваемостью около 2 миллионов случаев. При этом, частота послеоперационных осложнений и летальности остается высоким: несостоятельность швов толстокишечного анастомоза - 8-20%, вторичные гнойно-септические явления - 3-25% и перитонит 6-22%, характеризующиеся высоким уровнем - до 40% послеоперационной летальности.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и профилактики развития недостаточности швов толстой кишки путем разработки нового метода локального лазерного воздействия с клинико-экспериментальным обоснованием его эффективности.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 78 больные, которым были выполнены резекционные вмешательства на толстом кишечнике по поводу кишечной непроходимости различной этиологии в клинике АГМИ и Андижанском филиале РНЦЭМП за период с 2015 по 2020 годы.

Для решения поставленных задач все больные были разделены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду и тяжести патологии, а также типу хирургического вмешательства. Группа сравнения – 47 пациентов, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно, послеоперационная реабилитация включала стандартные терапевтические подходы. В основной группе – 31 пациент, в комплекс послеоперационной реабилитации включен усовершенствованный способ проведения лечебного низкоэнергетического лазерного излучения зоны толстокишечных швов.

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты специфических послеоперационных осложнений показал, что в большинстве случаев в группе сравнения (19,1%; 9 из 47)) был отмечен анастомозит, тогда как в основной группе данное осложнение наблюдалось всего в 3,2% (1 из 31) случаях. Следующей по частоте в группе сравнения отмечено нагноение раны (14,9%; 7 из 47), которое в основной группе наблюдалось всего в 6,5% (2 из 31) случаев. Также в группе сравнения были зарегистрированы несостоятельность швов анастомоза (6,4%), перитонит (2,1%), абсцесс (4,3%), ранняя спаечная непроходимость (2,1%) и эвентрация (2,1%), которых не наблюдалось в основной группе исследования.

Среди общих осложнений в раннем послеоперационном периоде преобладали бронхолегочные (17,0% - в группе сравнения и 9,7% - в основной группе). Результаты лечения показали, что летальность была снижена с 8,5% в группе сравнения до 3,2% в основной группе. При распределении осложнений на одного больного было отмечено, что без осложнений ранний послеоперационный период протекал в 70,2% (33 из 47) случаев в группе сравнения и 87,1% (27 из 31) – в основной группе. Необходимо отметить, что 3 и более осложнений со значительной разницей отмечены у пациентов в группе сравнения – 14,9% против 3,2% в основной группе.

Среди больных с доброкачественной патологией толстого кишечника осложненный ранний послеоперационный период был отмечен в 30,8% (8 из 26) случаев в группе сравнения и в всего в 6,3% (1 из 16) – в основной группе (рис. 4.6). В свою очередь, среди больных с опухолевой патологией толстого кишечника осложненный ранний послеоперационный период был отмечен в 38,1% (8 из 21) случаев в группе сравнения и в всего в 20,0% (3 из 15) – в основной группе.

Сводная частота осложненного послеоперационного периода показана на рис. 4.7. Так, среди всех пациентов группы сравнения осложнения отмечены в 34,0% (16 из 47) случаев, а в основной группе данный показатель составил всего 12,9% (4 из 31) ($\chi^2=4,378$; Df=1; p=0,037)

Также, нами была изучена частота специфических осложнений со стороны анастомоза в зависимости от вида патологии (рис. 4.8). Статистический анализ показал, что в когорте пациентов с доброкачественной патологией толстой кишки в группе сравнения специфические осложнения отмечены в 11,5% (3 из 26) случаев, тогда как в основной группе данный показатель был равен 0%.

В когорте пациентов со злокачественной патологией толстой кишки частота специфических осложнений анастомоза составила 28,6% (6 из 21) в группе сравнения и всего 6,7% (1 из 15) – в основной группе. В общем, сводная частота специфических анастомотических осложнений со значимой статистической разницей ($\chi^2=4,237$; Df=1; p=0,040) была ниже в основной группе – 3,2% (1 из 31) против 19,1% (9 из 47).

Комплексное лечение отмеченных в раннем послеоперационном периоде осложнений показало следующие результаты: на фоне консервативной тактики летальность в группе сравнения составила 4,3% (2 из 47), тогда как в основной группе летальности не отмечено. В свою очередь, летальность от осложнений на фоне оперативной тактики в группе сравнения составила 2,1% (1 из 47), и не была отмечена в основной группе. В остальных случаях наблюдались летальные случаи от общих осложнений без локальных осложнений (2,1% в группе сравнения и 3,2% в основной группе). Продолжительность общего госпитального послеоперационного периода лечения была сокращена с $11,5 \pm 0,4$ (в группе сравнения) до $8,8 \pm 0,4$ суток (в основной группе) ($t=5,31$; $p<0,05$) (4.11).

Заключение. Таким образом, доля больных без осложненного течения раннего послеоперационного периода сократилась с 34,0% (у 16 из 47 пациентов в группе сравнения) до 12,9% (у 4 из 31 больного в основной группе; $\chi^2=4,378$; Df=1; p=0,037), а частота осложнений со стороны анастомозов толстой кишки уменьшилась с 19,1% (у 9 больных в группе сравнения) до 3,2% (у 1 пациента в основной группе; $\chi^2=4,237$; Df=1; p=0,040). Соответственно, частоте специфических осложнений необходимость в консервативном разрешении сократилась с 12,8% (у 6 больных в группе сравнения) до 3,2% (у 1 пациента из основной группы), полностью нивелирована необходимость в повторном оперативном лечении (с 6,4%, у 3 больных в группе сравнения). В целом проведенное лечение позволило уменьшить частоту летальности с 8,5% (4 больных в группе сравнения) до 3,2% (1 пациент в основной группе), а также сократить продолжительность госпитального послеоперационного периода с $11,5 \pm 0,4$ до $8,8 \pm 0,4$ суток ($t=5,31$; $p<0,001$).

НОРМАЛЬНЫЕ МРТ ПАРАМЕТРЫ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Тургунов Ш.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. К настоящему времени накопилось большое число фундаментальных работ, анализ которых показывает, что поясничный позвоночный стеноз довольно часто встречаемое заболевание. Они, в основном, диагностируются лучевыми методами. Информативность лучевых методов исследований во многом зависит от знания рентгено – анатомических взаимоотношений структур позвоночника. Понимание особенностей нормальной анатомии позвоночного сегмента необходимо для установки точного лучевого диагноза позвоночного стеноза.

Цель исследования. МРТ методом установить нормальные величины всех параметров поясничного позвоночного сегмента для определения степени тяжести поясничного позвоночного стеноза.

Материалы и методы. Измерение нормальных параметров поясничного отдела позвоночника выполнены в отделении лучевой диагностики клиники Андижанского государственного медицинского института и Ташкентском медицинском центре «Star Med Center» на МРТ аппарате «Brivo MR 355» фирмы GE (США) мощностью магнитного поля 1,5 Tesla.

Проводили МРТ исследования у 36 пациентов без патологии поясничного отдела позвоночника.

Определили следующие нормальные анатомические величины параметров поясничного отдела позвоночника: среднесагиттальный и фронтальный размеры костных и мягкотканых границ поясничного позвоночного канала, среднесагиттальный и фронтальный размеры тела поясничного отдела позвоночника в аксиальной проекции, вертикальный размер тела позвонка и межпозвоночного диска, площадь костного и мягкотканного контура позвоночного канала.

Результаты и их обсуждение. Среднесагиттальный размер костной и мягкотканой границы позвоночного канала на уровне $L_1=18,01\pm 0,38$ мм. и $13,88\pm 0,40$ мм., на уровне $L_5=20,39\pm 0,46$ мм. и $15,53\pm 0,51$ мм., соответственно; фронтальный размер костной и мягкотканой границы на уровне $L_1=23,58\pm 0,44$ мм. и $20,08\pm 0,41$ мм., на уровне $L_5=27,89\pm 0,55$ мм. и $23,81\pm 0,43$ мм., соответственно; среднесагиттальный и фронтальный размеры тела позвонка в аксиальной проекции на уровне $L_1=29,47\pm 0,35$ мм. и $38,95\pm 0,51$ мм., на уровне $L_5=32,11\pm 0,56$ мм. и $46,70\pm 0,49$ мм., соответственно; вертикальный размер тела позвонка на уровне $L_1=23,81\pm 0,38$ мм., на уровне $L_5=27,81\pm 0,44$ мм.; вертикальный размер межпозвоночного диска на уровне $L_1=7,91\pm 0,24$ мм. на уровне $L_5=10,56\pm 0,31$ мм.; площадь поперечного сечения костной и мягкотканой границы позвоночного канала на уровне $L_1=386,7\pm 8,7$ мм². и $264,4\pm 8,1$ мм²., на уровне $L_5=394,6\pm 8,9$ мм². и $312,4\pm 8,9$ мм²., соответственно.

Итак, нормальные анатомические величины позвонков изменяется в зависимости от уровня позвоночного сегмента. Существует тенденция к увеличению ширины, высоты и площади структур поясничного позвоночника в кранио-каудальном направлении.

Вывод. Знание нормальных анатомических параметров поясничного отдела позвоночника, необходимо для формирования диагноза поясничного позвоночного стеноза.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Тургунов Ш.Ш., Садилов Р.А., Ботиров А.К., Носиров М.М., Султонов Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Современный этап развития медицинской науки характеризуется ростом целого ряда злокачественных и доброкачественных патологий толстой кишки, с ежегодной заболеваемостью около 2 миллионов случаев. При этом, частота послеоперационных осложнений и летальности остается высоким: несостоятельность швов толстокишечного анастомоза - 8-20%, вторичные гнойно-септические явления - 3-25% и перитонит 6-22%, характеризующиеся высоким уровнем - до 40% послеоперационной летальности.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и профилактики развития недостаточности швов толстой кишки путем разработки нового метода локального лазерного воздействия с клинико-экспериментальным обоснованием его эффективности.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 78 больные, которым были выполнены резекционные вмешательства на толстом кишечнике по поводу кишечной непроходимости различной этиологии в клинике АГМИ и Андижанском филиале РНЦЭМП за период с 2015 по 2020 годы.

Для решения поставленных задач все больные были разделены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду и тяжести патологии, а также типу хирургического вмешательства. Группа сравнения – 47 пациентов, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно, послеоперационная реабилитация включала стандартные терапевтические подходы. В основной группе – 31 пациент, в комплекс послеоперационной реабилитации включен усовершенствованный способ проведения лечебного низкоэнергетического лазерного излучения зоны толстокишечных швов.

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты специфических послеоперационных осложнений показал, что в большинстве случаев в группе сравнения (19,1%; 9 из 47)) был отмечен анастомозит, тогда как в основной группе данное осложнение наблюдалось всего в 3,2% (1 из 31) случаях. Следующей по частоте в группе сравнения отмечено нагноение раны (14,9%; 7 из 47), которое в основной группе наблюдалось всего в 6,5% (2 из 31) случаев. Также в группе сравнения были зарегистрированы несостоятельность швов анастомоза (6,4%), перитонит (2,1%), абсцесс (4,3%), ранняя спаечная непроходимость (2,1%) и эвентрация (2,1%), которых не наблюдалось в основной группе исследования.

Среди общих осложнений в раннем послеоперационном периоде преобладали бронхолегочные (17,0% - в группе сравнения и 9,7% - в основной группе). Результаты лечения показали, что летальность была снижена с 8,5% в группе сравнения до 3,2% в основной группе. При распределении осложнений на одного больного было отмечено, что без осложнений ранний послеоперационный период протекал в 70,2% (33 из 47) случаев в группе сравнения и 87,1% (27 из 31) – в основной группе. Необходимо отметить, что 3 и более осложнений со значительной разницей отмечены у пациентов в группе сравнения – 14,9% против 3,2% в основной группе.

Среди больных с доброкачественной патологией толстого кишечника осложненный ранний послеоперационный период был отмечен в 30,8% (8 из 26) случаев в группе сравнения и в всего в 6,3% (1 из 16) – в основной группе. В свою очередь, среди больных с опухолевой патологией толстого кишечника осложненный ранний послеоперационный период был отмечен в 38,1% (8 из 21) случаев в группе сравнения и в всего в 20,0% (3 из 15) – в основной группе.

Так, среди всех пациентов группы сравнения осложнения отмечены в 34,0% (16 из 47) случаев, а в основной группе данный показатель составил всего 12,9% (4 из 31) ($\chi^2=4,378$; Df=1; p=0,037)

Также нами была изучена частота специфических осложнений со стороны анастомоза в зависимости от вида патологии. Статистический анализ показал, что в когорте пациентов с доброкачественной патологией толстой кишки в группе сравнения специфические осложнения отмечены в 11,5% (3 из 26) случаев, тогда как в основной группе данный показатель был равен 0%.

В когорте пациентов со злокачественной патологией толстой кишки частота специфических осложнений анастомоза составила 28,6% (6 из 21) в группе сравнения и всего 6,7% (1 из 15) – в основной группе. В общем, сводная частота специфических анастомотических осложнений со значимой статистической разницей ($\chi^2=4,237$; Df=1; p=0,040) была ниже в основной группе – 3,2% (1 из 31) против 19,1% (9 из 47).

Комплексное лечение отмеченных в раннем послеоперационном периоде осложнений показало следующие результаты: на фоне консервативной тактики летальность в группе сравнения составила 4,3% (2 из 47), тогда как в основной группе летальности не отмечено. В свою очередь, летальность от осложнений на фоне оперативной тактики в группе сравнения составила 2,1% (1 из 47), и не была отмечена в основной группе. В остальных случаях наблюдались летальные случаи от общих осложнений без локальных осложнений (2,1% в группе сравнения и 3,2% в основной группе). Продолжительность общего госпитального послеоперационного периода лечения была сокращена с $11,5\pm 0,4$ (в группе сравнения) до $8,8\pm 0,4$ суток (в основной группе) ($t=5,31$; p<0,05) (4.11).

Заключение. Таким образом, доля больных без осложненного течения раннего послеоперационного периода сократилась с 34,0% (у 16 из 47 пациентов в группе сравнения) до 12,9% (у 4 из 31 больного в основной группе; $\chi^2=4,378$; Df=1; p=0,037), а частота осложнений со стороны анастомозов толстой кишки уменьшилась с 19,1% (у 9 больных в группе сравнения) до 3,2% (у 1 пациента в основной группе; $\chi^2=4,237$; Df=1; p=0,040). Соответственно, частоте специфических осложнений необходимость в консервативном разрешении сократилась с 12,8% (у 6 больных в группе сравнения) до 3,2% (у 1 пациента из основной группы), полностью нивелирована необходимость в повторном оперативном лечении (с 6,4%, у 3 больных в группе сравнения). В целом, проведенное лечение позволило уменьшить частоту летальности с 8,5% (4 больных в группе сравнения) до 3,2% (1 пациент в основной группе), а также сократить продолжительность госпитального послеоперационного периода с $11,5\pm 0,4$ до $8,8\pm 0,4$ суток ($t=5,31$; p<0,001).

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «ЛЮБЕРРИН»

Усманова Т.Ж.
АГМИ

Актуальной проблемой офтальмологии в настоящее время является дистрофия сетчатки (ДС). Это связано с прогрессирующим ростом заболеваемости данной патологии.

Нормальный зрительный акт сопровождается образованием друз и выведением их клетками пигментного эпителия. Главными компонентами сетчатки являются лютеин, цинк и зеаксантин.

Селективное накопление лютеина и цинка в сетчатке свидетельствуют о том, что обе эти субстанции выполняют особые функции в органе зрения. Каротиноиды защищают глаз от попадания света. Они действуют как светофильтры и поглощают до

40% проникающего света до того момента, пока свет достигнет сетчатки.

Клинически доказано, что прием люберрина приводит к достоверному увеличению плотности пигментного эпителия сетчатки, что необходимо для лечения и профилактики ДС. В состав люберрина входят витамин состав В, А,С,Е, цинк и таурин в необходимых концентрациях. В многоцентровом исследовании доказано, что курсовой прием комбинации слезовита с лютеином и антиоксидантов может значительно увеличивать оптическую плотность пигмента сетчатки.

На кафедре офтальмологии ФУВ АГМИ на протяжении более 1-го года люберрин успешно используется у пациентов с различной офтальмологической патологией.

Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности люберрин у больных с начальной формой дистрофии сетчатки.

Материал и методы. Под нашим наблюдением на протяжении 1-го года находилось 123 больных (80 женщины и 43 мужчины) в возрасте 18-56 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа - контрольная - 75 человек с различной этиологией дистрофии сетчатки, которые по различным причинам в течение 6 месяцев не получали никакой специфической терапии. Вторую группу составили 48 человек, которые в течение 10 дней получали курс стандартной консервативной поддерживающей терапии каждые 6 месяцев: п/б инъекции эмоксипина, трентала, в/м инъекции витаминов группы В, никотиновой кислоты, милдроната. После окончания курса лечения больным этой группы назначен люберрин по 1 капсуле 1 раз в день в течение 1 месяца.

Использованы стандартные офтальмологические методы: визометрия, офтальмоскопия, периметрия, тонометрия, исследование сетчатки с помощью Фундус-камеры. Исследования проводились до начала лечения и через 3 месяца.

Результаты. Среди исследуемых показателей функционального состояния органа зрения наибольшая динамика отмечена со стороны остроты и поля зрения. О динамике со стороны сетчатки судили на основании данных Фундус-камеры. До начала лечения у больных 1-2 групп выявлено выпадение поля зрения на $32\pm 6\%$.

У пациентов первой (контрольной) группы отмечено прогрессивное ухудшение показателей поля зрения (центральной и парацентральной скотомы) на протяжении всего периода исследования

У пациентов второй группы после проведения курса лечения выявлялось незначительное уменьшение центральной скотомы. В течение всего периода исследования у большинства пациентов отмечалась стабилизация поля зрения, а у части больных отмечено уменьшение центральной скотомы.

Выводы:

4. Применение препарата люберрин у пациентов с начальной дистрофией сетчатки в составе комплексной медикаментозной терапии в течение 3 месяцев приводит к стабилизации зрительных функций.
5. Применение препарата люберрин в течение 3 месяцев у пациентов с дистрофией сетчатки приводит к достоверному уменьшению центральной скотомы, стабилизации зрительных функций.
6. Препарат люберрин можно рекомендовать больным начальной формой дистрофии сетчатки, миопическом хориоретините, макулодистрофии как эффективное средство, улучшающее зрительные функции больных. Применять препарат люберрин следует по 1 капсуле 1 раза в день курсами длительностью не менее 3 месяцев.

**МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРМЕТРОПИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

Т.Ж.Усманова
Курс офтальмологии ФУВ

Цель. Под наблюдением в течение 3 лет в областной офтальмологической больнице и в глазном отделении Андижанской детской клинической больницы находилось 110 (120 глаз) детей до 14 лет, у 85 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степень гиперметропии.

Гиперметропические дети при рождении имели вес 1,400 - 2,700 гр, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относились к 1 – ой степени недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 – до 3 лет, от 3 до 6 лет – 4 детей. По степени гиперметропии глаза наблюдающихся нами детей можно выделить три группы: гиперметропия от 3 до 5 дптр 56 глаз; от 6 до 9 дптр – 36 глаз; от 11 до 14 дптр 44 глаз; больше 14 дптр 12 глаз.

Из других особенностей гиперметропических детей до 14 лет отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передняя камера, обесцвеченность глазного дна и анизометропия. Глазное яблоко по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 22-24 мм, но его тонус был нормальным, и склера была без изменения.

С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаза. Коррекцию гиперметропии начинали с 4-6 летнего возраста. Наши наблюдения показали, что острота зрения с очками у детей постепенно улучшилась. Каждые 6 месяцев мы проводили атропинизацию. Глазное яблоко при внешнем осмотре по размерам соответствовало росту ребенка.

Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основной симптоматики гиперметропии в ранние сроки обследования, педиатром отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглобина. Постепенно все эти изменения исчезали.

Таким образом, результаты наблюдений за детьми дошкольного возраста города Андижан свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе, врожденной высокой гиперметропии.

ТЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

Д.Л.Жалолиддинов, А.Ф. Икрамов
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучить развитие и течение прогрессирующей близорукости у детей.

Материалы и методы. Для изучения частоты и структуры прогрессирующей миопии у детей Андижанской детской клинической больницы за год. Всего было обработано 100 амбулаторных карт.

Результаты и их обсуждение. В отделении Андижанской детской клинической больницы находилось 100 (200 глаз) детей до 12 лет с миопией; у 52 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степени близорукости. Близорукие дети при рождении имели вес 1,800 - 2,600 г, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относились ко 1 – ой степени недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 - до 3 год; от 3 –до 6 лет – 4 детей. По степени близорукости глаза наблюдающихся нами детей можно выделить на три группы: близорукость от 3 до 6 дптр 36 глаз; от 7 до 10 дптр – 50 глаз; от 11 до 14 дптр 12 глаз; больше 14 дптр 6 глаз. Из других особенностей близоруких детей до 14 лет

отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передняя камера, обесцвеченность глазного дна и анизометропия. Глазное яблоко по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 24-28 мм, но его тонус был сниженным, и склера была с синеватым оттенком. С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаз. Коррекцию близорукости мы начинали с 4-6 летнего возраста. Наши наблюдения показали, что острота зрения с очками у детей постепенно улучшилась. Каждые 6 месяцев мы проводили атропинизацию. Глазное яблоко при внешнем осмотре по размерам соответствовало росту ребенка. Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основной симптоматики близорукости в ранние сроки обследования, педиатром отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглобина. Постепенно все эти изменения исчезали.

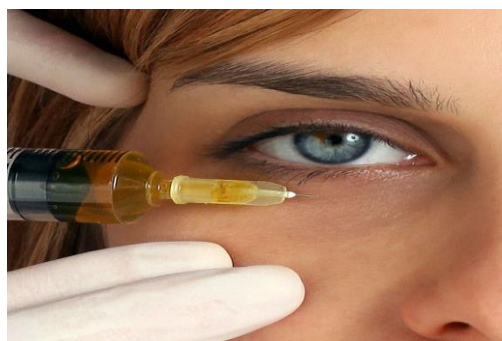
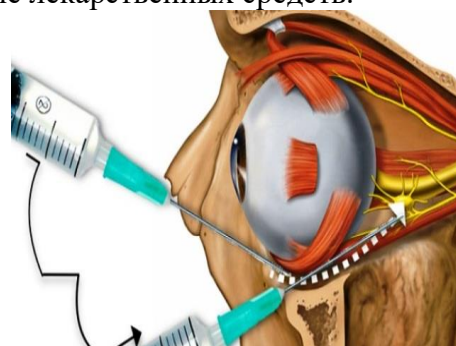
Выводы. Результаты наблюдений за детьми дошкольного и школьного возраста города Андижан свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе, прогрессирующей близорукости.

ЛИМФОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЕЙ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ

А.Ф.Икрамов, Д.Л. Жалолиддинов

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Дистрофия сетчатки глаза – это серьезное заболевание, которое приводит к значительной потере зрения. Зачастую она развивается у людей, в анамнезе которых имеется сахарный диабет, гипертония, атеросклероз, ожирение. Лишний вес и курение также являются факторами, влияющими на развитие дистрофии сетчатки. Сетчатка глаза – тончайшая оболочка, состоящая из нервных клеток. Она покрывает изнутри всё глазное яблоко. Светочувствительные клетки ткани сетчатки занимаются преобразованием световых импульсов в электрические. Сегодня дистрофия сетчатки глаза – достаточно распространенное заболевание, так как процент дистрофии сетчатки глаза составляет не менее 40%. За последние 30 лет заболеваемость дистрофии сетчатки глаза выросла в 1,7 раз (с 25 до 45%). В таких странах как США (41.6%) и странах Азии (Тайвань 90%, Сингапур 79,3%, Китай 95.5% среди студентов). Последнее время стало завоевывать лимфатическое введение лекарственных средств.



Цель работы: Изучить эффективность лимфотропной регионарной терапии у больных дистрофией сетчатки глаза

Материалы и методы: Лимфотропную терапию использовали 26 пациентам (52 глаз) с дистрофией сетчатки глаза

Результаты и обсуждение: После проведения лимфотропного лечения у пациентов с дистрофией сетчатки глаза отмечено повышение остроты зрения у 18 больных на 0.3-0.5. После проведенного лимфотропного лечения больным назначено принимать таблетки, которые улучшают микроциркуляцию сетчатки.

Вывод. Клинически подтверждено положительное влияние на зрительные функции метода лимфотропного лечения у больных дистрофией сетчатки глаза. При регулярном проведении курсов лечения (2 курса в год) стабильная острота зрения пациентов отмечается в 94,1 % случаев, повышение остроты зрения наблюдается в 58,1% случаев.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ

*Е.Д.Л. Жалолитдинов, А.Ф.Икрамов
Андижанский государственный медицинский институт*

Прогрессирующая близорукость – болезнь, при которой наблюдается снижение остроты зрения на 1 или больше диоптрий в год. Главный признак близорукости — ухудшение остроты зрения при попытке разглядеть расположенные вдаль предметы, а то, что находится на близком расстоянии, вытягивается по переднезадней оси, и такая деформация продолжает прогрессировать, несмотря на прилагаемые усилия к устранению провоцирующих факторов. Если не обнаружить прогрессирование миопии вовремя, то существует вероятность повреждения внутриглазных структур, прежде всего, сетчатки. Она будет чрезмерно истончаться, пока нагрузка не приведет к её отслоению и разрыву.

В основе методов лечения – улучшение микроциркуляции, метаболических и обменных процессов в сетчатке и хориоиде. Препарат регулирует процессы метаболизма в сетчатке, стимулирует функции клеточных элементов сетчатки, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов при различной патологии сетчатки, усиливает активность ретинальных макрофагов. Под его воздействием значительно увеличивается экспрессия рецепторов на Т- и В-лимфоцитах, повышается фагоцитарная активность нейтрофилов. Проведен ряд исследований по применению кортексина при прогрессирующих, диабетических ретинопатиях, субатрофии диска зрительного нерва, тапеторетинальных абиотрофиях, глаукоме и т.д.

Целью нашей работы явилось определение клинической эффективности препарата ретиналамин при лечении различных форм МХ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось в течение 1 года 145 пациента (295 глаз) с прогрессирующей миопией в возрасте от 12 до 40 лет. Женщин было 55, мужчин – 90. Все пациенты разделены на 2 группы, идентичные по полу, возрасту, форме заболевания и общесоматическому статусу. В первую группу входило 70 пациентов (140 глаз), во вторую (основную) – 75 (150 глаз). Пациенты I группы получали стандартное медикаментозное лечение – антиоксиданты, препараты улучшающие микроциркуляцию, витаминотерапию и т. д.; пациенты II группы на фоне стандартного лечения получали инъекции кортексина: 10 мг кортексина разводили в 1,0 мл 2% раствора новокаина, вводили 1 раз в день парабульбарно утром, курс лечения 10 инъекции. Срок наблюдения составил 6 месяцев. Из представленных данных видно, что при прогрессирующей миопии по данным остроты зрения положительная динамика наблюдалась преимущественно во второй группе.

Выводы:

3. Применение кортексина в комплексной терапии при прогрессирующей миопии способствует повышению остроты зрения, повышению световой чувствительности сетчатки.
4. При отсутствии положительной динамики через 6 месяцев повторить курс лечения.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Д.Л. Жалолиддинов

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: в настоящее время близорукость является актуальной проблемой современной офтальмологии. Широкая распространенность данного заболевания, склонность к прогрессирующему течению и формированию целого ряда осложнений, приводящих к слабовидению и инвалидности, определяют медико-социальную значимость миопической болезни. Высокая доля близорукости среди всей детской офтальмопатологии даёт необходимость поиска новых и совершенствования имеющихся методов лечения для улучшения зрительных функций.

Цель: изучить эффективность комплексного лечения прогрессирующей близорукости у подростков.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 22 пациента (44 глаз) в возрасте от 12 до 18 лет. Контрольная группа состояла из 10 пациентов (20 глаз), которым периодически закапывали мезатон 1%. Основная группа – 12 пациентов (24 глаз) с прогрессирующей близорукостью, лечение которых включало нейтропротекторы, сосудорасширяющие и витаминотерапия. Комплексное офтальмологическое обследование включало определение остроты зрения, рефрактометрию, офтальмоскопию, А- сканирование периметрии.

Результаты: При проведении комплексного лечения у подростков, страдающих прогрессирующей близорукостью, острота зрения вдаль без коррекции увеличилась в 2 раза (с $0,15 \pm 0,06$ до $0,3 \pm 0,04$). В контрольной группе положительной динамики не отмечалось. Резерв относительной аккомодации (РОА) на фоне комплексного лечения повысился на 1,4 дптр, и достиг возрастной нормы у 86% подростков. В контрольной группе РОА увеличился на 0,43 дптр, и достиг возрастной нормы у 28% подростков, что в 2,6 раза меньше показателей основной группы. В результате комплексного лечения в основной группе отмечалось улучшение всех гемодинамических показателей в 2 – 3,5 раза. Венозный отток до лечения был нарушен на 65-70%, после лечения – на 20 – 25%.

Выводы: Комплексное лечение является наиболее эффективным по сравнению с медикаментозными методами и позволяет достигнуть значительно лучших результатов.

ПОРАЖЕНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ ГЛАЗ ПРИ COVID-19

М.Ш.Кодиров, Д.Л.Жалолиддинов

Андижанский государственный медицинский институт

Коронавирусная инфекция (COVID-19) – инфекционное заболевание, вызываемое недавно обнаруженным коронавирусом. Сегодня имеются ограниченные доказательства связи COVID-19 и поражений сетчатки из-за разнообразия клинических проявлений и тяжести заболевания. Эти факторы обуславливают появление различных морфологических паттернов вовлечения в процесс конъюнктивы глаз. Британские ученые установили связь между воспалением глаз и коронавирусной инфекцией. Они считают, что боли в глазах следует признать одним из значимых симптомов раннего COVID-19. Результаты его опубликованы в журнале *BMJ Open Ophthalmology*.

Цель работы – определить ранние глазные симптомы и осложнения у больных, перенесших COVID-19.

Материал и методы. Провели опрос среди пациентов с подтвержденным COVID-19 и составили перечень ранних симптомов заболевания. 23 участника опроса

заполнили анкету, в которой оценивали свое состояние до и после начала болезни. Наиболее часто сообщаемыми симптомами COVID-19 были: покраснения конъюнктивы и зуд — 19 опрошенных больных, боли при движении у 8 больных, внезапное снижение зрения до 0,01 — 0,02 и ниже у 12 больных. Симптомы сохранялись до двух недель. Сделали визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, эхо- биометрию, тонометрию, ОКТ. В ходе оптической когерентной томографии (ОКТ) отмечался резкий отек с перестраиваемым источником, визуализировалась плакоидная гиперрефлективная полоса на уровне ганглиозных клеток. Диск зрительного нерва отекавший, границы ступенчатые, сосуды расширены.

Вывод: Сегодня имеются ограниченные доказательства связи COVID-19 и поражений конъюнктивы из-за разнообразия клинических проявлений и тяжести заболевания. Мы считаем, что эти факторы обуславливают появление различных морфологических паттернов вовлечения в процесс сетчатки.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ (ЛТТ) ПРИ СИНДРОМЕ СУХОГО ГЛАЗА

Усманова Т.Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Синдром сухого глаза (ССГ), или сухой кератоконъюнктивит — заболевание, сопровождающееся дискомфортом, зрительными нарушениями и повреждением поверхностных структур глаза вследствие нарушения стабильности прероговничной слёзной плёнки.

Цель: изучить эффективность лимфотропной терапии (ЛТТ) в комплексной лечебной терапии при ССГ.

Материалы и методы. Лимфотропную терапию использовали при лечении 26 пациентов (52 глаз) с ССГ: 11 мужчин, 15 женщины) среднего возраста (мужчины от 20 до 40 лет, женщины от 18 до 60 лет).

Таким образом, у всех больных ССГ, включенных в исследование, было зафиксировано снижение функциональных тестов слезопродукции, гемодинамических показателей большой слёзной железы и бульбарной конъюнктивы, интегрального коэффициента муцинпродуцирующей активности эпителиальной выстилки конъюнктивы, а также достоверное повышение показателя тканевой энтропии конъюнктивы, сравнительно с показателями здоровых добровольцев той же возрастной группы. Всем им проводилась изолированная слезозаместительная терапия. Больные 2–й группы (15 человек; 30 глаза), помимо слезозамещения, получали традиционную терапию. Больным 3–й группы (11 человек; 22 глаз) проводили слезозамещение и лимфотропную терапию. Для проведения слезозаместительной терапии нами был выбран препарат Катионорм без консерванта, который защищает от уменьшения испарения, длительно удерживая влагу, способствует восстановлению слоёв слёзной плёнки, длительно удерживая влагу. Как следует из приведенных данных, у пациентов, получавших слезозамещение и лимфотропную терапию, на 9–е сутки наблюдения отмечалось достоверно более выраженное уменьшение показателя субъективного дискомфорта, чем у больных 1–й группы ($p < 0,01$) и пациентов 2–й группы ($p < 0,05$). Также у пациентов 3–й группы отмечалось более выраженное, чем во 2–й группе, повышение суммарной слезопродукции.

Вывод: По нашему мнению, вышеуказанный эффект был связан с достоверно более выраженным влиянием лимфотропной терапии на гемодинамические показатели слезопродуцирующих органов (большой слёзной железы и добавочных слёзных желез конъюнктивы глазной поверхности). Приведенные факты позволяют рекомендовать включение лимфотропного введения смеси лекарственных препаратов (лидокаин +

трентал) в комплексную терапию ССГ у больных с наличием хронического глазного ишемического синдрома дополнительно к слезозамещению препаратами искусственной слезы.

КЎЗ ТЎР ПАРДАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

*Усманова Т.Ж., Жалолитдинов Д.Л.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Замонавий офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг тўр пардасидаги барча бирламчи касалликларни вақтида диагностика қилиш ва ташхис қўйиш имконини берапти.

Мавзу мақсади: Илмий текшириш ишларини олиб боришдан мақсад бирламчи беморлардан кўзнинг тўр пардасини Гониолинза ва оптикоконги рент томография орқали текшириб диагностика қилиш ва касалликни тўлиқ ўрганиш.

Материал ва методи: Шифохонага 2021 йилда келган беморлардан шикоят асосида бирламчи келган 200 та беморни ва диагностика мақсадида бирламчи 150 та беморни “Гониолинза” ва оптикоконгирент томография ёрдамида текширувидан ўтказилди. Текширув учун асосан тўр парда касалликларини келтириб чиқарувчи биологик ва социал факторлар, қандли диабет, хафакон касаллиги, коллогеноз касалликлари, туберкулез, ОИТС билан оғриган беморлар олинди. Беморлар текширувга тайёрлашда шикоят қилган кўзни кўриш ўткирлиги аниқланиб, кўз ички босими ўлчанади сўнгра қорачиқни кенгайтириш мақсадида Мидральгин 1% ли томчиси томизилди ва 20 дақиқадан сўнг текширувга киритилди.

Натижа: Текширувдан ўтказилган беморларни 3 гуруҳга бўлдик:

1-гуруҳ. Бирламчи кўрув органида шикояти билан келган беморлар- 100 та;

2-гуруҳ. Кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (диабетик ретинопатия, нейроретинопатия, гипертония, КНД атрофияси, тўр пардага қон қуйилиши, тўр парданинг кўчиши)- 145 та;

3-гуруҳ. Клиник рефракцияни ва бинокуляр кўришнинг бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) - 55 та

1-гуруҳда бирламчи текширувга келган беморлардан 36 тасида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар, 2 та беморда тўр парда ва сариқ доғ атрофида улкан ҳажмдаги қон қуйилишлар аниқланди.

2-гуруҳда кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (қандли диабет, гипертония, тўр пардага қон қуйилиши, тўр парданинг кўчиши) - 135 та; Иккинчи гуруҳдаги беморларда асосан умумий касалликларнинг асорати сифатида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар келиб чиққан.

3-гуруҳ. Клиник рефракциянинг ва бинокуляр кўришнинг бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) - 155 та. Шуларда 36 та беморда миопик хориоретинит турли ҳолатда, 9 та беморда экссудатив хориопатия, 10 та беморда дегенератив ўчоқлар аниқланди.

Хулоса: Беморларни офтальмолог кўригидан ўтказишда ва шикоятга асосан диагностик ва профилактик текширув мақсадида “Гониолинза” ва оптикоконгирент томография ёрдамида текширувидан ўтказиш энг яхши самара беради ва кўрув аъзолари фаолиятини сақлаб қолади ва турли асоратларни олдини олади.

НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМА

Т.Ж. Усманова

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Неоваскуляр глаукомалар- (НГ) патогенези хали тўлиқ ўрганилмаган. Натижада касалликнинг диагностикаси ва даволашда патогенетик ёндашувга имкон бермайди. Неоваскуляр глаукома(НГ)га хос белгилар: кўздаги оғрик, кўздан ёш оқиши, кўришнинг ёмонлашганлиги, кўз сатҳида димланишли инъекция, шиш ҳисобидан хиралашган шох парда, саёз олд камера, ўртача катталашган ҳамда фотореакциясиз қорачиқ. Кўз ички босими юқори.

Неоваскуляр глаукомалар(НГ)ни даволаш амалиёти 2 этапда амалга оширилади: консерватив(гипотензив терапия) ва оператив даво. Шу ўринда лазер жарроҳлигини қўлланилиши ўзига хос хусусиятларга эга эканлигини эслатиб ўтиш лозим.

Материал ва методлари. Андижон вилоят кўз касалликлари да 2021 йилнинг 6 ойи давомида неоваскуляр глаукома(НГ) сабаби билан 8 беморга тиббий хизмат кўрсатилган. Жумладан 2 нафар эркак ва 6 нафар аёл бемор, аёллар кўпроқ- бу илмий адабиётлардаги статистикага мос келади. Ёшига кўра: 46-55 ёшдаги диабетик беморлар-4; 55-65 ёшдагилар-4; Аксарият беморлар касалликнинг 1-3 кунда мурожаат этишган.

Беморлар Андижон вилоят офталмология шифохонаси (АВОШ) стандарт текширувлардан ўтказилди. Гипотензив терапия адреноблокатор (тимолол 0,5%) қўллашдан иборат бўлди. Шифохонага ётқизиладиган беморларда хаста кўздаги КИБнинг ўртача кўрсаткичи-34,91 мм Нг уст (Маклаков тонометрида ўлчанганда). Жарроҳлик КИБнинг ўртача кўрсаткичи 18 мм Нг уст да амалга оширилган. Ўтказилган жарроҳлик амалиётининг турларига кўра: 4 ҳолатда оператив даво 2 консерватив даво ўтказилди. 2 та ҳолатда беморларда операциядан кейинги увеит ривожланиши билан боғлиқ даволаш жараёни сабали ўрин кунни-7 кунни ташкил этди. Шифохонада 2021 йилнинг 6 ой даврида бажарилган неоваскуляр глаукомалар сабабли бажарилган амалиётлар улуши 2,68% ташкил этади. Хулосалар. Неоваскуляр глаукомалар (НГ) офталмологлар учун долзарб мавзу сифатида ўз аҳамиятини сақламоқда. Стационаргача босқичда неоваскуляр глаукомани стандартлар асосида тўлиқ текширувини ташкил этиш ва бунда касалликнинг илк белгилари даврида эрта аниқлаш мукамал даволашнинг муҳим шартидир. Олд камера чуқурлиги, гавҳар қалинлиги ва ирисгавҳар диафрагмасининг ҳолати каби ўзгарувчан параметрларни баҳолашда замонавий текшириш усуллари (УБМ)дан кенг фойдаланиш зарур. Пировард мақсад неоваскуляр глаукома сони ва улар сабабли бажариладиган жарроҳлик сонини камайтириш.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

М.Ш. Кодиров , Д.Л. Жалолитдинов

Андижон Давлат Тиббиёт институти

Офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг турли хилдаги сурункали ва юқумли касалликларини анъанавий усулларда даволашда кўпгина муваффақиятларга эришмоқда.

Бактериал конъюнктивит кейинги вақтларда жуда кўп тарқалиб, кўпроқ болаларда, касаллик узок давом этиши ва тез юқиши билан характерланяпти.

Касаллик узок давом этмайди. Яллигланиш асосан стафилакокк, стрептакокк, микобактериялар таъсири остида пайдо булади.

Яллигланиш ҳолатининг юзага келишида микробиологик омилни устиворлиги инобатга олиниб, бактерияга карши ва бактерияга карши дори воситаларига алохида эътибор берилади.

Маълумки бактерияга карши дори воситаларини нафакат бактерияга балки яллигланишга карши самараси бор.

Олиб борилган кузатишлардан мақсад даволаш жараёнида бемор кўзидаги бактериал конъюнктивитни АЙФЛОКС (Ципрофлакцасин 0,3%) кўз томчисини қўллаш натижаларини кузатиш.

Материал ва услублар. Шифохонада 2 ой давомида 47 амбулатор бемор бактериал конъюнктивит билан кўриқдан ўтган ва назоратга олинган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиб даволанди. 1 гуруҳдаги 27 та бемор бактериал конъюнктивитни анъанавий даволаш усуллари билан ва иккинчи гуруҳдаги 50 та беморга айфлоркс препарати билан даволанди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик 10- 15 кун давом этди, иккинчи гуруҳдаги беморларда касаллик 6-8 кун давом этди.

Натижа олинган кўрсаткичлар таҳлили иккала гуруҳда ҳам касалликни чакирувчиси турли хил бактериялар, касалликни клиник кечиши бир хил, лекин даволаниш давомидаги натижа ҳар хил.

1. Биринчи гуруҳдаги 27 та бактериал конъюнктивит билан оғриган беморни анъанавий дори воситалари

20 та бактериал конъюнктивит билан оғриган беморни айфлоркс препарати билан даволанди. Ўртача даволаниш 6-8 кунни ташкил этди. Кўриш ўткирлиги 1,0.

Муҳокама. Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, турли хилдаги кўздаги вирусларга карши тез ва самарали даволаш учун айфлорксни тавсия этиш касалликни узок давом этиши ва асоратларни олдини олади.

Хулоса.

1. Бактериал конъюнктивитларда айфлоркс препаратини қўллаш кўзда оддий муҳитни яратишга имкон беради.

2. Айфлоркс препарати кўздаги иммунитетни кучайтиради ва эпителизацияни яхшилайти, иккиламчи яллигланишни олдини олади.

ЎСМИРЛАРДА МИОПИЯНИНГ ЁШАРИШ САБАБЛАРИ

*Жалолитдинов Д.Л, Икромов А.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Миопия – бу кўриш дефекти бўлиб, узокни яхши кўра олмайди, лекин яқинни яхши кўради. Соғлом одамда кўз оптик қисмидан ўтган нур тўр пардада фокус (жамланиш) ҳосил қилади. Миопияда эса тўр пардадан олдинда фокусланади. Бунинг асосида икки ҳолат ётади. Миопия касаллиги 21 аср ва уни болалар ўртасида кенг тарқалиши ва ёшариши ҳозирги замон офтальмологиясининг долзарб муаммоларига айланиб бормоқда.

Касалликни ўрганишдан мақсад. Болаларда ва ўсмирларда миопия касаллигини ёшаришига сабаб бўлувчи омилларни ва касалликнинг клиник кечишини ўрганиш.

Материал ва методлари. Касалликнинг ёшариши ва келиб чиқарувчи сабабларини ўрганиш учун биз Андижон вилоят болалар шифохонаси кўз касалликлари бўлимининг 2019-2020 йиллардаги бемор болалардан 100 та касаллик тарихини ўрганиб чиқдик.

Натижа. Андижон вилоят болалар клиник шифохонаси кўз касалликлар бўлимида 100 та бемор бола (200 кўз) 19 ёшгача ажиратиб олинди; шулардан 88 тасида бирламчи кўрик ва текширув давомида ривожланиб борувчи миопиянинг юкори даражаси аниқланди.

Ривожланиб борувчи миопия билан оғриган болалар 1,700 - 2,500 кг да туғилганлар. Бу Е.Новиков (1971) синфланиши бўйича чала туғилишнинг 1- чи даражаси дейилади. Биз касаллик тарихини миопияни даражасига қараб 3 та гуруҳга бўлдик. 1) Миопия – 3дан - 6 дптргача 16 кўз; 2) - 7 дан - 10 дптргача – 66 кўз; - 11 дан - 14 дптргача 44 кўз; 3) - 14 дптрдан юкори 12 кўз. Бизни қизиқтирган нарса шуки, 10 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларда касалликнинг бирламчи белгилари бу бош оғриши, кўзнинг толиқиши, қизариши, ёшлашиши каби симптомлар аниқланган. Бу ўз вақтида компьютер ва кўриш синдромига хос симптомлар эканлиги бизга маълум. Болалар объектив кўрилганда қорачиғни ёруғликга сезувчанлигини пастлиги, баъзан олд бўлманинг саёзлиги кузатилган. Бу болалар асосан кўп вақтини компьютер экрани олдида ўтириши, сенсорли мобил алоқа воситаларини мунтазам ўйнаганликлари аниқланди.

Миопиянинг тарқалиши Ўзбекистонда туғма миопия -1%, мактабгача – 1-3,2%, кичик синфдаги мактаб болалари – 6-8%, катта синфдаги мактаб болалари– 25-30% , лицей и гимназия битирувчилари – 50%. Андижон шаҳрида миопияни тарқалиши 42 % ўғил болаларда ва 58 % қиз болаларни ташкил этади.(Г.Маматходжаева статистик текширувлари).

Юқоридан кўриниб турибдики, юкори синфдаги мактаб болалари ва лицей, гимназия битирувчиларида касаллик нисбатан кўпроқ аниқланади.

Хулоса: Касалликнинг келиб чиқиши ва ёшаришига сабаб бўлувчи омилларга қуйидагиларни киритиш мумкин. Демак:

- Болаларни тўғри ўтириб дарс тайёрламаслиги, ёритиш мосламаларини меъёрида бўлмаслиги;
- Телевизор ва компьютер олдида узок вақт ўтириши, сенсорли мобил алоқа воситаларини мунтазам ўйнаши, дам олиш режимининг бузилиши;
- Овқатланиш рационини тўғри ташкил этилмаслиги болаларда кўриш ўткирлигини секин- аста пасайиб бориши орттирилган миопиянинг кўпайиши ва ёшаришига сабаб бўлади.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Утанов З.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Под нашим наблюдением находилось 125 больных остеохондрозом позвоночника, из них остеохондрозом шейного отдела позвоночника страдало 41 (32,8%) человек, грудного отдела 22 (17,6) пояснично – крестцового отдела – 62 (49,6%).

Все больных обследованы с помощью общепринятых традиционных методов исследования: определение биомеханических нарушений позвоночника, рентгенография, миотометрия. Давность заболевания от 1 до 19 лет. Больным с шейным остеохондрозом назначен курс лечения средствами ЛФК по разработанной методике. Для оценки эффективности применения комплекса упражнений до и после лечения использовалась кистевая динамометрия. Её показатели указывают на увеличение мышечной силы кисти, что объясняется улучшением иннервации, кровоснабжения и трофики верхнем конечности под влиянием специальных физических упражнений. Показатели динамометрии таковы: до лечения левая кисть

26±1,4, правая – 35±1,9 кг, после лечения левая - 35±1,7 и правая - 40±2,03 кг. Эти показатели статистически достоверны.

У всех больных с явлениями периартрита плечевых суставов с ограничением активных и пассивных движений на 8-10 дни объём движений несколько улучшился, исчез болевой синдром, движениям стали более уверенными; на 15-18 день занятия отмечено выздоровление, которое сопровождалось положительной динамикой неврологических и биомеханических проявлений болезни.

После курса лечения всем больным рекомендовано выполнение в домашних условиях комплекса упражнений с целью закрепления полученного эффекта и дальнейшей профилактики болезни.

Таким образом, положительные результаты, достигнутые в терапии больных остеохондрозом позвоночника с использованием комплекса лечебной физкультуры, позволяет рекомендовать их для широкого практического применения.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Файзходжаев Олмос Сайфиддинович., Эшбадалов Худайберди Юлдашевич.,
Тешабоев Мухаммадяхё Фуломкодирович., Туланов Дилшод Шомирзаевич.,
Насретдинов Зафар Тулкинович.
АГМИ*

Актуальность: Травмы мягких тканей лица и костей лицевого скелета составляет по данным различных авторов от 9 до 15% по отношению к другим повреждениям костной системы и от 25 до 32,6% от числа всех повреждений лица у детей. Как и при травмах туловища и конечностей, оказание помощи детям с повреждениями челюстно-лицевой области тесно связаны с анатомо-физиологическими особенностями детского организма. При этом хирург-стоматолог всегда должен помнить и учитывать особенности дальнейшего развития ребенка, его зубочелюстной системы. Наряду с этим нужно учитывать особенности детского организма, т.е. его реактивность, наклонность коры головного мозга к генерализованным реакциям торможения и раздражения, что в свою очередь проявляется однотипностью клинических проявлений на различные патологические процессы, и том числе и при травмах.

Цель: Изучить актуальные проблемы при сочетанных травмах челюстно-лицевой области в детском возрасте

Материалы и методы: Необходимо помнить о своеобразии течения у детей процессов солевого, белкового и йодного обмена, которые характеризуются высокой интенсивностью и неустойчивостью. Единичными являются работы по анализу исследований травматизма и обработке ран мягких тканей лица (дан анализ травматизма челюстно-лицевой области у детей в условиях сельскохозяйственной местности). В единичном случае проанализированы сроки оказания помощи детям с травмой лица; согласно которым по г. Андижан в первый день специализированная стоматологическая помощь оказывается только в 59,4% случаев. Все это свидетельствует о том, что проблеме травматологии детского возраста в стоматологии уделяли мало внимания. Поэтому до настоящего времени нет единой общепринятой классификации и соответствующих методик лечения. Имеются единичные специализированные детские стационары, нет специализированных стоматологических детских травматологических пунктов, и поэтому дети с травмой лица обращаются в травматологическое отделение общего профиля, где им в большинстве случаев не могут оказать правильную высококвалифицированную специализированную помощь. Это в такой же степени касается специализированной помощи детям с ожогами,

отморожениями и электротравмой лица. По этим разделам травмы лица также не имеется достаточной, специальной литературы.

Результаты: Областного Многопрофильного Детского центра города Андижан проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с углубленным изучением патологической физиологии травм челюстно-лицевой области.

До настоящего времени в отечественной литературе очень мало внимания уделялось вопросам травмы в стоматологии детского возраста. Специализированная помощь, в частности хирургическое лечение этих повреждений, проводится в единичных отделениях челюстно-лицевых клиник. Еще хуже обстоит дело с изучением влияния травмы челюстно-лицевой области на организм в целом. В литературе хирургической стоматологии научно-исследовательских работ посвященных комплексному подходу изучения данной патологии на сегодняшний день не имеются, хотя известно, что травмы вызывают значительные изменения в организме, почти одинаково реагируя на все виды травматических раздражителей за исключением ионизирующего излучения. Поэтому можно рассматривать все после травматические метаболические расстройства вместе, не индивидуализируя их. Однако реакция на травму в детском возрасте совершенно иная, чем у взрослого, особенно с учетом того, что при тяжелой травме на первый план выступает расстройство кровообращения, появляется аноксия, которую дети переносят очень плохо. Наступает нарушение функции желез внутренней секреции, что очень опасно для организма ребенка, вследствие значительного нарушения нейро-эндокринной регуляции, водно-солевого обмена, что сказывается на питании ребенка, а учитывая, что при повреждениях челюстно-лицевой области нарушается нормальный прием пищи, то особенно быстро наступают нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Выводы: Таким образом, наносится серьезный ущерб растущему организму. Отставание в росте нижней челюсти и неполноценное выполнение функции жевания являются причинами развития вторичных деформаций костей лицевого скелета.

Все это ставит хирурга-стоматолога подчас в более тяжелые условия, особенно с учетом того, что переломы костей лицевого скелета в детском возрасте часто сочетаются с черепно-мозговыми травмами.

ВЛИЯНИЯ СОРБЕНТОВ И ОКСИГЕНАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Файзиходжаев Олмос Сайфиддинович., Эшбадалов Нурбек Худойбердиевич.
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 локализуются на лице .

В последнее время в связи с часто встречающимися осложненными формами фурункулов и карбункулов ЧЛО, методы лечения требуют дальнейшего совершенствования.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности волокнистого полипропиленового сорбента [ВПС] при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО.

Материалы и методы обследования.

Под нашим наблюдением находилось 58 больных с фурункулами карбункулами ЧЛЮ, 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 ЧЛЮ. 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.

Клиническое проявление фурункула и карбункула было одинаковым в стадии стержня: инфильтрация в большой отек мягких тканей, гиперемия кожи с конусовидным возвышением, где в центре расположена гнойная корочка, резкая болезненность при пальпации. В случаях абсцедирования отек мягких тканей был наиболее выражен, при пальпации кроме болезненности отмечалась флюктуация. Всем больным назначал общее и местное лечение. Из 58 больных с фурункулами и карбункулами лица в комплексном лечении 30 больным основной [1 группы] местно применяли ВПС. Контрольную [второй] группу составили 28 больных, которым при местном лечении применяли повязки с гипертоническим раствором.

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.

Результаты лечения показали, что у 30 больных основной группы, при местном применении сорбентов в комплексном лечении, значительно быстрее ликвидировались общие и местные проявления заболевания, чем в контрольной группе больных.

Нами, при местном применении ВПС, каких либо признаков местного раздражения кожи не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, применение ВПС и оксигенации в комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ является патогенетическое обоснованным и позволяет значительно сократить сроки и лечения, повышение его эффективности и уменьшение риска развития осложнений в виде тромбоза и тромбоза вен и др.

**«ГЕПА-МЕРЦ» В СОЧЕТАНИИ С МАЗЬЮ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ
ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ**

Фозилов Ф.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Эффективная терапия больных эксудативного псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза эксудативного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных эксудативным псориазом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных эксудативным псориазом применялся гепатопротектор «Гепат-Мерц» в сочетании с мазью «Эплан».

Препарат «Гепат-Мерц» (Россия), представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмолитическим действием, представляет это одни из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Гепат-Мерц» мы предлагаем включить, в комплексную терапию эксудативного псориаза, мазь «Эплан» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, мазь смазывают 2 раза в день на поражённую кожу. Препарат «Гепат-Мерц» оказывает благоприятное действие на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Гепат-Мерц» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 28 больных эксудативным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 12-14 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 20 дней от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 30 дней у большинства больных элементы поражения рассасывались.

**РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ
И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЩЕВОДА И ЭЗОФАГО-
РЕСПИРАТОРНЫМИ СВИЩАМИ**

*Хаджибаев Ж.А., Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Нигматуллин Э.И., Абдуллаев
Д.С., Файзуллаев О.А., Цой А.О., Абдукаримов А.Д.*

Цель: Изучить результаты стентирования саморасширяющимися nitinol стентами у больных с доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеального перехода (КЭП), эзофаго-респираторными свищами.

Материалы и методы: С 2018 по 2022г. отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» располагает опытом лечения 61 больных доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, эзофаго-респираторными свищами, которым устанавливались саморасширяющиеся, полностью покрытые nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. Из общего числа больных, группа пациентов с опухолевым поражением пищевода и КЭП составила 50(81,9%), с доброкачественными стриктурами пищевода – 6(9,8%), эзофаго-респираторными свищами – 3(4,9%), сдавление извне с прорастанием в среднюю треть грудного отдела пищевода опухолью левого легкого – 1(1,6%), недостаточность эзофаго-энтероанастомоза, после перенесенной субтотальной

проксимальной резекции желудка с резекцией абдоминального сегмента пищевода, по поводу опухоли КЭП – 1(1,6%).

Из 50 онкологических больных распределение по анатомической локализации опухолей пищевода и КЭП было следующим: с/3 грудного отдела пищевода – у 6(12%); с/3 и н/3 грудного отдела – у 11(22%); н/3 грудного отдела – у 4(8%); н/3 грудного отдела с распространением на КЭП – у 19(38%); КЭР – у 4(8%); рецидив опухоли эзофагоэнтероанастомоза – у 3(6%) больных, рецидив опухоли ЭЗГА – 1 (2%) и рак культи желудка – 2(8%).

Причиной доброкачественных стриктур явилось постожоговое рубцовое сужение средней и нижней трети грудного отдела пищевода в 3 случаях (4,9%), стенозирующий склерозирующий рефлюкс-эзофагит в 3(4,9%) случае.

Причиной образования эзофаго-респираторных свищей, во всех 3 случаях, являлся синдром Бурхаве.

В 1(1,6%) случае у пациента наблюдалось сдавление средней трети грудного отдела пищевода опухолью левого легкого.

Результаты и обсуждения: у 54(88,5%) пациентов наблюдались хорошие результаты, выписаны домой без явлений дисфагии.

Характер ранних осложнений после установки стентов: миграция стента в дистальном направлении в желудок – у 1(1,6%) больного. Стент размером 60*20мм. без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день после установки. Миграция была обусловлена несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большего размера – 80*20мм. Пациент выписан домой без явлений дисфагии.

Среди поздних осложнений у 3(4,9%) пациентов через 3-6 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. 1 больному была выполнена диатермотунелизация и бужирование опухоли. 2 пациентам выше ранее установленного стента был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Во всех случаях проходимость суженного участка восстановлена. Осложнений не наблюдалось.

Заключение: у больных со злокачественной дисфагией наилучшие результаты симптоматического лечения, с наименьшим числом осложнений, достигаются при использовании эндоскопического метода восстановления и поддержания просвета стенозированных опухолью органов верхних отделов пищеварительного тракта с использованием саморасширяющихся металлических стентов. Так же установка вышеупомянутых стентов, является оправданной стратегией для пациентов с рефрактерными доброкачественными рубцовыми стриктурами. Передовым методом лечения стенозов пищевода, кардии, пищеводно-респираторных свищей, улучшающим качество жизни пациентов и дающим хороший клинический результат, является стентирование саморасширяющимися стентами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОФТАЛЬМОСКОПИИ ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.

*Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Ташланов Ф.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Одним из простых и общедоступных методов оценки внутричерепной гипертензии при опухолях головного мозга является офтальмологическое исследование. При этом большой интерес представляет наличие взаимосвязи офтальмологических признаков внутричерепной гипертензии с одним из основных признаков дислокации мозга, т.е. с нарушениями сознания.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь наличия офтальмологических признаков внутричерепной гипертензии с уровнем сознания.

Материал и методы. В Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 2016 по 2021 год пролечены 95 больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с развитием дислокационного синдрома. Проведен анализ результатов офтальмоскопии с данными оценки уровня сознания.

Результаты. У всех 95 больных при поступлении в стационар выполнена офтальмоскопия глазного дна. При этом у 50 больных (52,6%) наблюдались признаки отёка диска зрительного нерва, у 14 больных (14,8%) выявлены признаки застоя, у 31 больного (32,6%) данные признаки не наблюдались. Но в большинстве случаев, у 19 больных без признаков отёка и застоя диска зрительного нерва выявлены расширение вен сетчатки по отношению к артериям сетчатки. У всех больных без нарушения сознания отёк диска зрительного нерва не наблюдалось, из 9 больных с изменениями поведенческих реакций у 8 также не наблюдался отёк, у 1 больного отёк присутствовал. У больных в состоянии оглушения в большинстве случаев (32 из 47) наблюдался отёк диска зрительного нерва, у 1 больного наблюдался застой, у 14 больных данные изменения отсутствовали. У всех больных в состоянии сопора и комы наблюдались изменения на глазном дне, так у больных в состоянии сопора преобладал отёк диска зрительного нерва по отношению к застою в соотношении 14:5, у больных в состоянии комы, напротив преобладал застой диска зрительного нерва по отношению к отёку в соотношении 8:3.

Выводы. Таким образом, имеется чёткая взаимосвязь между наличием изменений показателей офтальмоскопии с уровнем сознания у больных с опухолями супратенториальной локализации с дислокационным синдромом.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Хакимов О.С., Отакузиев А.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день конкременты в желчном пузыре выявляют примерно у 10% взрослого населения, чаще у женщин в возрасте старше 40 лет, при этом число осложненных форм калькулезного холецистита остается стабильно высоким. При этом проблема острого калькулезного холецистита (ОКХ) и его осложнений значительно возрастает у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии обменного характера, нарушений сердечно-сосудистой и легочной системы.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого деструктивного холецистита у больных старших возрастных групп путем разработки методики лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. В работе изучена возможность уменьшения количества конверсий при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у пациентов с острым деструктивным холециститом пожилого и старческого возраста в сложных технических случаях. Представлены результаты выполнения ЛХЭ у 63 больных пожилого возраста с деструктивными изменениями из 177 пациентов. По общему статусу, степени тяжести сопутствующих заболеваний, а также риску хирургического вмешательства и анестезии больные были распределены по шкале, предложенной

Американской ассоциацией анестезиологов (American Society of Anesthesiologists – ASA).

В нашем исследовании класс риска анестезии ASA у больных всех групп варьировал от III до IV. У больных с риском анестезии III класса сопутствующие заболевания были компенсированы после предварительной краткосрочной предоперационной подготовки. У 18 (28,7%) пациентов общее состояние при поступлении было расценено как средней степени тяжести, 5 больных находились в тяжелом состоянии и 2 в крайне тяжелом.

Нами, выделены 3 варианта ультразвуковой визуализации желчного пузыря при остром деструктивном калькулезном холецистите: 1 - признаки деструкции стенки желчного пузыря, толщина стенки превышает 4 мм, имеется ее слоистость. Подобные признаки выявлены у всех 63 пациентов (35 %); 2 - признаки перивезикальных изменений (инфильтрат и экссудат) у 19 больных (11%) имели перечисленные признаки; 3 - признаки ограниченного местного или распространенного перитонита.

При УЗИ визуализируется свободная жидкость в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости. Подобные изменения были диагностированы у 7 пациентов (4%). При этом наиболее часто диагностировано выраженная воспалительная инфильтрация, а также гангренозно-некротические изменения или же эмпиема ЖП. К тому же заслуживает внимания поздняя обращаемость значительной части пациентов, спустя 4 сутки и более, у больных 27 (42,8%) и их поздняя операция.

Нами оптимизирована техника лапароскопической холецистэктомии за счет комбинации как известных на сегодняшний день методик, так и своих оригинальных разработок, что позволяет выполнить ЛХЭ даже в сложных технических ситуациях. К сожалению, установить истинную частоту вариантов анатомии достаточно сложно, так как большинство хирургов не фиксируют эти отклонения в протоколе операции и ограничиваются стандартным описанием хода операции. При определении анатомических условий выполнения холецистэктомий особое внимание было уделено типовой и вариантной топографии желчного пузыря.

Если при первичной ревизии отмечалась выраженная воспалительная инфильтрация последующем обычно выявляли гангренозно-некротические изменения, эмпиему ЖП либо тяжелый фиброз. Поэтому обнаружение гангренозно-некротических изменений или эмпиемы ЖП расценивали как “негативные последствия” длительности анамнеза.

С атипичной анатомией (в связи деструктивных изменений) желчного пузыря мы столкнулись при выполнении ЛХЭ в одном случае: его шейка располагалась над печеночно-двенадцатиперстной связкой и окутана сальником с широкой шейкой, а тело и дно были фиксированы вдоль переднего края левой доли печени. Произведена ЛХЭ “от дна” после размещения лапаропортов в правом и левом подреберьях с учетом особенностей топографии пузыря. У 12 (2,6%) больных основной группы диаметр пузырного протока равнялся 8 мм. Лигирование широкого протока осуществлялось наложением в шахматном порядке двух-трех 5 миллиметровых клипс либо нитью с интракорпоральным формированием узла. Трудности идентификации элементов шейки желчного пузыря были связаны с воспалительно-инфильтративными или рубцово-спаечными изменениями в области вмешательства, что и послужило причиной ЛХЭ “от дна”.

Технические принципы проведения этих операций следующие: вскрытие полости желчного пузыря, облегчающее ориентировку; оставление стенок желчного пузыря в местах их прочной фиксации с окружающими тканями на месте и иссечение по видимой границе только свободных участков стенки желчного пузыря; уничтожение (мукоклазия) слизистой оболочки желчного пузыря на оставленных участках.

Основное преимущество разработанного метода - сохранение управляемости операционным процессом, что даёт возможность гарантированного безопасного

проведения операции. Продолжительность операции оценивали на основании изучения протоколов операций. Продолжительность операции варьировала от 30 до 65 минут (в среднем $45,4 \pm 7,2$). Чаще причиной увеличения длительности операции были выраженный воспалительный процесс в желчном пузыре и подпечёночном пространстве, кровотечение из ложа ЖП и нетипичная анатомия желчных протоков и пузырной артерии.

Результаты и обсуждение. После внедрения в клиническую практику технологии усовершенствованной методики ЛХЭ, начиная с 2015 года показатель количества конверсий снизился до 2 %, а начиная с 2000 года и по настоящее время он составляет 0,4 %. Это явилось следствием освоения и дальнейшего совершенствования методик лапароскопической холецистэктомии.

Выводы. Разработанные четкие технические методики выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при деструктивных формах острого калькулезного холецистита позволят достигать высоких положительных результатов с сохранением стабильного показателя частоты осложнений на уровне 1-2% и снижение летальности до – 0,1%. Одно из преимуществ малоинвазивной хирургии возможность поэтапного лечения тяжелых и нестандартных случаев. Наличие в арсенале лечебного учреждения всего комплекса малоинвазивных методик диагностики и лечения деструктивных форм острого калькулезного холецистита позволяет до минимума снизить количество осложнений и летальных исходов. Окончательный выбор способа и методов лечения данной категории больных зависит от оснащенности данного лечебного учреждения и наличия соответствующих квалифицированных специалистов.

ИЗУЧИТЬ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ОПТИМИЗИРОВАТЬ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ЮНОШЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Холжигитова М.Б. Сафарова М.П., Нарзуллаев Х. Усарова М, Бердалиев А,
Махаммадиев Р.*

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность темы. Проблема хронического обструктивного бронхита является одной из наиболее сложных проблем пульмонологии и, прежде всего, пульмонологии детского и юношеского возраста. Таким образом, отсутствие четкого определения и критериев диагностики ХБ, недостаточная изученность проявлений инфекционно-воспалительного процесса и отсутствие критериев степени его активности, подчеркивают актуальность поставленной для решения проблемы.

Цель исследования: Изучить маркеры активности инфекционно-воспалительного процесса и оптимизировать на этой основе диагностики хронического обструктивного бронхита у юношей и подростков.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование было включено 97 юношей и подростки, которые получали лечение на базе городской больницы отдаленного пульмонологии. Исследования проводились в течение 2021-2022 г.г. В объеме исследований были включены как классические клинические, общепринятые инструментальные и лабораторные методы, так и специальные научные исследования. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц юношеского и подросткового возраста. Верификация больных хронического обструктивного бронхита проводилась согласно международной классификации ВОЗ (Х-пересмотр, МКБ-10). Обследование включало оценку общеклинических методов исследования (опрос, изучение объективного статуса, рутинных параклинических тестов – общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенологическое исследование органов грудной клетки). Обязательным методом являлось исследование

вентиляционной функции легких, которое проводилось на аппарате “SPIROSIFT-SP-5000” с автоматической обработкой параметров (FUKUDA DENSHI, Япония). Бронхоскопические и лабораторные исследования выполнялись на базе городского больницы города Самарканда. Обследуемые юноши и подростки формировались в группы по возрастно-половому составу и форме заболевания. Возраст обследованных колебался от 11 до 25 лет. Из них в возрасте от 11 до 15 лет было 48 подростки (49,4±4,1%), от 15 до 20 лет – 26 пациентов (26,8±4,5%) и от 20 до 25 лет (23,7±3,1%). По гендерному составу число мальчиков составило 50 (51,5±4,5%), девочек – 47 (48,4±4,5%). По форме заболевания были диагностированы хронический необструктивный бронхит (ХНБ) у 31 (31,9±4,2%) и хронический обструктивный бронхит (ХОБ) – у 66 пациентов (68,0±4,2%). В период обострения госпитализированы 58 человек (59,7±5,2%), в период ремиссии – 39 (40,2±3,5%).

Результаты. Маркеры и степени активности инфекционно-воспалительного процесса были изучены по клиническим, гематологическим, эндоскопическим критериям в 97 исследованиях, проведенных у юношей и подростков 11-25 лет с ХБ в условиях стационара. В результате проведенных исследований было выделено воспалительных клинических признаки при хронический обструктивный бронхит: повышение температуры тела, кашель, интоксикация, изменения перкуторного звука над легкими, жесткое дыхание, сухие разнотональные и влажные разнокалиберные хрипы в легких. 8 клинических признаки при хронический обструктивный бронхит дополнительно включали признаки бронхообструкции. При расчете клинических ИАВ выявлены достоверно более высокие их показатели в период обострения и при необструктивный бронхит, и при хронический обструктивный бронхит, что указывает на более выраженное воспаление. Общие анализ крови 19 были выбраны из 16 исследуемых показателей лейкоцитов периферической крови и включали абсолютное содержание лейкоцитов, сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, показатель ядерного сдвига, лейкоцитарный индекс интоксикации, индексы соотношения нейтрофилов и лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов, лимфоцитов и моноцитов. В период обострения и хронический необструктивный бронхит, и хронический обструктивный бронхит определялось достоверное увеличение абсолютного числа клеток воспалительного процесса в 1,3-6,0 раза и индексов в 1,9-4,0 раза, во время ремиссии изменения величин при обеих формах хронического бронхита были менее выраженными. Эндоскопическое исследование позволяло установить характер, распространенность и локализацию эндобронхита. В период обострения как хронический необструктивный бронхит, так и хронического обструктивно бронхита наиболее часто встречался гнойный диффузный двусторонний эндобронхит. Во время ремиссии хронический бронхит признаки эндобронхита диагностировали в 30,9% случаев хронический необструктивный бронхит и 37,8% случаев хронический необструктивный бронхит чаще катарального характера, локализованный, односторонний. Период обострения хронический необструктивный бронхит и хронический обструктивный бронхит характеризовался более высоким средним значением эндоскопический признак воспалительного процесса, чем период ремиссии. Полученные данные подтверждали высокую интенсивность местного воспаления в период обострения и отражали возможность неполного его купирования во время ремиссии.

Выводы: Диагностика активности инфекционно-воспалительного процесса при хронического бронхита основана на комплексе клинических, гематологических, эндоскопических маркеров воспаления. Частота активности воспаление и в период обострения, и в период ремиссии достоверно не зависит от формы хронического бронхита. Для диагностики активности инфекционно-воспалительного процесса при хроническом бронхите у юношей и подростков рекомендуется изучить маркеры активности воспаления: клинические (их 7 при хроническом необструктивном

бронхите и 8 при хроническом обструктивном бронхите), гематологические (их 9) и эндоскопические (их 3). Следующим этапом является расчет индекса активности воспаления для каждой группы маркеров и интегративного активности воспаления.

ПРОФИЛАКТИКА ПОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖИ ПОЗВОНОЧНИКА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.

*Холмуродова Хулкар Холиёровна.
Холмуродов Одилбек Холиёрович.
Бахронов Шахзод шавкатович.*

Актуальность: В настоящее время, в связи с развитием техники-технологии и усовершенствования условий жизни прогрессивно меняется и образ жизни людей нынешнего поколения, что способствует ведению людьми пассивного образа жизни. В результате обильной васкуляризации и особенности строения шейного отдела позвоночника данная патология проявляет различные клинические признаки в зависимости от расположения. При этом характерны симптомы такие как, появление болевых ощущений в области шейного отдела, с иррадиацией в верхние конечности и задний отдел головы, онемение и гиподинамия рук. Частота встречаемости грыжи в данной области составляет 16%, что по сравнению с грыжей грудного отдела (1%) намного преобладает, что объясняется особенностью анатомического строения шейного отдела позвоночника. Отсутствие ранних клинических признаков, своевременной диагностики и использование в основном консервативных методов лечения у разных специалистов, приводящая к усугублению состояния пациентов и появление неврологических дефицитов среди социально-активного слоя населения в возрасте от 20 до 60 лет указывает на актуальность данной проблемы.

Цель исследования: Целью данной работы является обоснование теории образования и профилактики деформационных процессов позвонков совокупностью определенных факторов, в частности связь с образом жизни пациентов.

Материалы и методы: В исследовании использованы клинические данные 42 пациентов отделения нейрохирургии 1 клиники СамМИ, с вышеупомянутыми жалобами. Изучение изменений состояний межпозвоночных дисков проводились при помощи КТ и МРТ-исследований, с различным пошаговым срезом.

Результаты и обсуждения: Большинство обследованных пациентов, у которых на МРТ исследовании были определены: 23 (55%) протрузия межпозвоночного диска, 11 (26%) с деформацией позвоночного столба в области шеи, 8 (19%) с грыжей межпозвоночного диска. По анамнезу: 11(26%) пациентов по профессии были водителями, которые занимались этой деятельностью свыше 5 лет, 9 (21%) занимались банковской деятельностью, 13 (31%) программисты, которые проводят не менее 8 часов в сутки за компьютером, 7 (16%) стоматологи, которые выполняют работу неподвижно в одном положении, 2 (4,8%) студенты медицинского института.

Вывод: По следующим данным, можно сделать заключение, что патологии позвоночного столба встречаются в основном у лиц с сидячим образом жизни, держащих неправильную осанку в течении дня, не занимающихся физическими упражнениями, ведущих неправильный распорядок дня и нарушениями естественных обменных процессов в структурах позвонков. В связи с тем, что частота встречаемости у профессиональных работников, которые в трудоспособном возрасте относительно выше, ради профилактики таких состояний следует соблюдать корректный образ жизни, сочетать умственный и физический труд, при необходимости носить шейные воротники и получать физиотерапии, с употреблением продуктов питания богатых витаминами и минералами, что значительно снизит риск развития деформаций и заболеваний позвоночника.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Холмуродова Хулкар, Бектемирова Ширин, Уктамова Юлдуз.

Актуальность: Одной из наиболее распространенных причин паразитарных инвазий печени, встречающихся в хирургической практике, является эхинококкоз. По данным ВОЗ, ежегодно, в мире заболевает эхинококкозом около трех миллионов человек. Узбекистан относится к числу регионов, эндемичных в отношении эхинококкоза. Климатические, географические, социальные и экономические условия традиционно сложились таким образом, что на территории республики существует ряд зоонозных очагов с разной степенью напряженности эпизоотических процессов. Повторные хирургические вмешательства при эхинококкозе отличаются технически значительной сложностью, а при определенных обстоятельствах (множественное поражение и неоднократные рецидивы) приводят к инвалидности и даже к смерти пациентов. В связи с вышесказанным, наиболее существенным и важным в профилактике рецидивов, независимо от причин их возникновения, представляется химиотерапия. Начиная с 1983 г., широкое распространение в мире получил противогельминтный препарат Альбендазол, назначаемый с целью лечения и противорецидивной профилактики эхинококкоза.

Цель исследования: Проанализировать патогенез, клинику и методы интраоперационной профилактики эхинококкоза печени, путём применения препарата Альбендазол.

Материалы и методы: В исследование вошли пациенты, имевшие: множественные кисты; кисты с дочерними пузырями в качестве содержимого; обызвествленные кисты; кисты больших и средних размеров; пациенты, имевшие подтвержденный *Echinococcus Hominis* в качестве этиологического фактора; случаи рецидивного эхинококкоза печени; Все пациенты, вошедшие в исследование, были разделены нами на 2 группы: основную и сравнения. В группу сравнения были включены 45 пациентов с эхинококкозом печени, принимавших Альбендазол по стандартной схеме: 10-12 мг/кг веса в сутки (не более 800 мг в сутки), три курса по 28 дней с интервалом между курсами в 14 дней. В основную группу вошли 42 больных эхинококкозом печени, которым, на равне с пероральным назначением в послеоперационном периоде Альбендазола в дозе 5 мг\кг\сут выполнялась антипаразитарная контактная обработка стенок остаточной полости этим препаратом по нашей методике. После выписки из стационара больные брались под диспансерное наблюдение с УЗИ, ИФА контролем и исследованием биохимических показателей функционального состояния печени (АЛТ, АСТ) каждые 6 месяцев в течении 1,5-2 лет.

Результаты исследования: По результатам исследования, рецидив заболевания возник у 5 пациентов из группы сравнения. У пациентов из основной группы рецидива заболевания отмечено не было. Случаев местных и общих осложнений у пациентов, подвергнутых лечению по нашей методике, так же не было отмечено.

Выводы: Не смотря на небольшой объем выполненного исследования, применение «малых» доз Альбендазола в сочетании с использованием этого препарата в качестве местного гермицидного средства по разработанной методике показало наличие положительного противорецидивного эффекта от их применения.

**КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ
СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШДА ЮЗАГА КЕЛГАН АСОРАТЛАР ТАҲЛИЛИ**

Ҳолиқов Ш., Норов А.У
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасида юзага келган компрессион синишлар умуртқа поғонаси таналарида юзага келадиган синишлар ичида сезиларли ўринни эгаллайди. Касаллик узоқ вақт даволанишга зарурият борлиги, касбий меҳнатга лаёқатлик даражасини камайиши ва юқори даражада бирламчи ногиронлик ҳавфини келтириб чиқариши билан муҳим аҳамият касб этади.

Цивьян Я. Л. ва Фейгин Л. Е. ўтказган текширув ҳулосаларга кўра биринчи ва иккинчи гуруҳ ногирони бўлган беморларнинг 89,8%и олдин умуртқа поғонасидан шикастланиш сабабли юзага келган асоратлардан кейин ривожланган бўлади. Бу беморларнинг кўп қисми 44 ёшгача бўлган инсонларда, 45-59 ёшдаги беморларда 30,5% га тўғри келади, 59 ёшдан катталарда 1,9% ни ташкил этади. Кўкрак ва бел соҳаси умуртқалари шикастланган беморларни консерватив ёки жарроҳлик усули билан даволашни танлаш турли баҳс – мунозараларга сабаб бўлмоқда.

Кўкрак ва бел умуртқаси шикастланган беморларда ҳаракат сегментларининг жарроҳлик йўли билан стабилизациялаш биомеханик қонуниятларга асосланганлиги аниқланган.

Мутахассислар доирасида ҳозирги кунда катта ёшли беморларнинг умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳаси компрессион синишларини даволаш усулини танлашда турлича ёндашувлар ва қарама қаршилиқлар мавжуд бўлиб, бунга даволаш усулини мувофиқлашмаганлиги сабаб бўлмоқда (Дулаев А.К., Орлов В.П., Дадькин А.В. 2002; Педаченко Е.Г., Куцаев С.В. 2005; Кавалерский Г.М. с соавт. 2006;).

Бу турдаги патологик ҳолатни жарроҳлик усули билан даволашда асосан, синган умуртқалар танасини вертебропластика қилиш ёки шу соҳаларга ТПФ мосламасини қўйиш орқали амалга оширилади. Лекин ўтказилган жарроҳлик усулларида кейин умуртқа танасидан суяк цементини ташқарига чиқиши (юмшоқ тўқималарга ёки тери остига чиқиши) каби асоратлар 1-2% ҳолатларда учраб турибди. Қўйилган ТПФ мосламасини умуртқа танасини тўлиқ стабилизация қилиш имкониятини бермаслик ҳолатлари ҳам учраб келмоқда. Юқоридаги маълумотлардан ҳулоса қилинганда, катта ва кекса ёшли беморларнинг кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларда юзага келган асоратлар сабаблари тўлиқ ўрганилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади. Катта ва кексаларда умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларида ўтказилган жарроҳлик усулидан кейин юзага келган асоратлар сабабларини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот материали бўлиб, Республика ихтисослашган Нейрохирургия илмий – амалий маркази спинал хирургия бўлимида ва АДТИ клиникаси нейрохирургия ва вертебрология бўлимларида 2012 йилдан 2018 йилгача ётиб даволанган жами 45 нафар катта ва кекса ёшли беморлар (60 ёшдан ошган) ташкил этган. Тадқиқотда беморларга клиник ташҳис қўйиш қўйидаги текширув усуллари фойдаланилди: беморларнинг шикояти ва анамнези, неврологик статусни баҳолаш, шикастланган соҳаларнинг 2 хил кўринишдаги (тўғридан ва ёнбошдан) рентгенологик текширувлар, денситометрия, КТ, МСКТ ва МРТ текширув усуллари дидир.

Тадқиқот натижалари. Ўтказилган ретроспектив таҳлилда 2012 йилдан 2018 йилгача ётиб даволанган 45 нафар беморларнинг 13 нафарида турли кўринишдаги асоратлар келиб чиққан. Операциядан кейин юзага келган асоратлар ривожланган

беморларнинг деярли барчаси клиник белгилар яъни оғриқ синдроми ва неврологик белгилар операциядан олдинги ҳолатга яқинлиги билан ажралиб турган. Юзага келган асоратларни келтириб чиқарган сабаблар замонавий ва традицион нейровизуализацион текширув усуллари (рентгенография, денситометрия, КТ ёки МСКТ ва МРТ) ёрдамида ўрганилди ва куйидаги ҳолатларга эътибор берилмаганлиги аниқланди:

- Рентгенография текширувида умуртқа танасининг деформация даражасига, кифотик деформация даражасига, сагитал индекс даражасига, нотурғунлик синдроми мавжуд ёки мавжуд эмаслигига
- Денситометрия ёки КТ текширувида компрессияга учраган умуртқа танасининг минерал зичлигига
- МРТ текширувида компрессияга учраган умуртқа танаси ҳисобига орқа мия канали соҳасида стеноз (медулло-вертебрал конфликт) бор ёки йўқлиги каби маълумотларга эътибор қаратилмаган.

Асоратлар юзага келган беморларнинг 6 нафарида ўрнатилган ТПФ винтининг ўрнатилган соҳадаги умуртқа танасининг минерал зичлиги камлиги ҳисобига миграцияга учраши кузатилган, 4 нафар беморларда кўшни соҳаларда компрессион синишлар юзага келган ва 3 нафар беморларда ўтказилган вертебропластика усулидан кейин қайта шу соҳада компрессион синишлар юзага келган.

Хулоса. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни даволашда жарроҳлик усулини танлашда компрессия учраган умуртқа танасининг деформация даражаси, кифотик деформация бурчаги даражаси, компрессион синиш юзага келган соҳадаги нотурғунлик белгиси ва умуртқа танасининг минерал зичлиги ўрганилиб, жарроҳлик усули танланса юзага келиши мумкин бўлган асоратлар олди олинган бўлади.

КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОЛЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ИНДИВИДУАЛ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

*Ҳолиқов Ш., Норов А.У
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни жарроҳлик йўли билан даволаш биомеханик қонуниятларга асосланганлиги аниқланган.

Кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларни жарроҳлик усули билан даволаш кенг тарқалган, чунки бу бел оғриғини тез, аниқ ва узоқ муддат бартараф этишга ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради [Blasco J., 2012]. Жарроҳлик аралашуви даволаниши қийин бўлган оғриқлар, ўтказилган консерватив даволанишни самарасизлиги, неврологик етишмовчиликлар борлиги ва бу белгиларни ривожланиб бориши, шунингдек умуртқа поғонасида оғир даражадаги деформациялар мавжуд бўлганда амалга оширилади [Bornemann R., 2014; Goldstein CL, 2015].

Агар орқанги суяк-лигаментли комплекс ва фасет бўғим капсулалари бузилмаган бўлса, синишлар механик жиҳатдан барқарор ҳисобланади ва оператив даवони талаб қилмайди. 50% дан ортиқ компрессия ва 25% дан ортиқ кифоз юзага келган бўлса, суяк-лигамент тизимида ўзгариш бўлса. бунда барқарорликни таъминлаш муҳим аҳамиятга эгадир [Dai L.Y., 2007]. Умуман олганда, умуртқа поғонасининг асоратли компрессион синишларини консерватив даволаш ва операциянинг кечроқ бажаришга нисбатан эрта жарроҳлик декомпрессияси ва стабилизациясини [Дулаев

А.К., 2010; Ермолов А.С., 2003; Furlan J.C., 2011] амалга ошириш яхши натижаларга олиб келиши исботланган.

Турли муаллифлар берган маълумотларга кўра, 50 ёшдан ошган инсонларда умуртқа поғонасининг синишларининг учраш частотаси 7,5% дан 25% гачани ташкил этади [Белосельский Н. Н. 2000; Тропцова Н.В., Беневоленская Л.И. с соавт. 2007; Melton L.J. III et al., 1993; Ettinger V. et al., 1992].

АҚШда ўтказилган кўп марказли текширувларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишлар кейин куйидаги асоратлар ва ҳамроҳ касалликлар юқори миқдорда учраши кузатилди: пастки тугалликларни чуқур веналари тромбози (0,7 дан 6,6% гача), ТЭЛО (0,4 – 1,9%), пневмония (3,1 – 13,0%), юрак касалликлари асоратлари (0,4 – 0,5%), окма яралар (1,1 – 4,4%) ва инфекция асоратлар (0,1 – 0,15%) келиб чиққан.

Ўтказилган жарроҳлик усулидан кейин компрессион синишларнинг қайта юзага келиши ва ўрнатилган тпф мосламасини миграцияланиб кетиши каби асоратлар юзага келмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади. Катта ва кексаларда умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасидаги компрессион синишларини диагностикаси ва хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқотда Республика ихтисослашган Нейрохирургия илмий – амалий маркази спинал хирургия бўлимида ва АДТИ клиникаси нейрохирургия ва вертебродология бўлимларида 2019-2021 йиллар давомида жарроҳлик усули билан даволанган 45 нафар беморлар иштирок этган.

Тадқиқотда беморларга клиник ташхис қўйиш ва дифференциаллашган жарроҳлик йўлини танлаш учун куйидаги текширув усуллари фойдаланилди: беморларнинг шикояти ва анамнези, неврологик статусни баҳолаш, шикастланган соҳаларнинг 2 хил кўринишдаги (тўғридан ва ёнбошдан) рентгенологик текширувлар, денситометрия, КТ, МСКТ ва МРТ текширув усуллари.

Тадқиқот натижалари. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларнинг жарроҳлик усули билан даволашда бир қатор қийинчиликлар мавжуд. Бунинг сабаби бу беморларда умуртқа танасининг минерал зичлиги камлиги ва ҳамроҳ касалликлар мавжудлиги билан тушунтирилди.

Беморларда ўтказилган рентгенография, денситометрия, КТ ёки МСКТ ва МРТ текшируви кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишнинг ҳарактерини аниқлаш, беморларда остеопороз касаллиги белгилари, шикастланган соҳада нотурғунлик синдроми мавжудлиги, орқа мия каналининг компрессия учраган умуртқа танаси ҳисобига стеноз белгилари ва ҳамроҳ касалликларнинг оғирлик даражасига эътибор бериш керак бўлади.

Олинган натижаларга асосланган ҳолда, беморларда агар умуртқа танаси деформация даражаси 50% дан ошмаган бўлса, умуртқа танасининг минерал зичлиги нормада бўлса ва нотурғунлик синдроми ривожланмаган бўлса вертебропластика бажарилди, нотурғунлик синдроми ривожланган бўлса ТПФ мосламаси ўрнатилди. Агарда беморда умуртқа танасининг минерал зичлиги камайган ва нотурғунлик синдроми ривожланган бўлса комбинациялашган усул, яъни вертебропластика ва ТПФ мосламасини бирга ўрнатиш тавсия этилди.

Хулоса. Катта ва кекса ёшли беморларда кўкрак ва бел умуртқалари соҳасидаги компрессион синишларни традицион ва замонавий нейровизуализацион текширув усуллари (рентгенография, денситометрия, КТ ва МРТ) асосланиб индивидуал дифференциаллашган жарроҳлик усули (вертебропластика, ТПФ мослама ўрнатиш ва комбинациялашган (вертебропластика +ТПФ мосламаси ўрнатиш) усуллар) билан даволаш мақсадга мувофиқдир.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Тургунбоев А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Общеизвестно, что изучение отдаленных результатов позволяет судить о правильности хирургической тактики и выборе метода операции, что особенно важно в хирургии ЯБДПК. Так как именно в хирургическом лечении ЯБДПК наиболее часто возникают нежелательные последствия оперативного вмешательства, объединенные под термином «болезнь оперированного желудка».

Цель исследования. Улучшить отдаленные результаты хирургического лечения при «трудных» дуоденальных язвах.

Материал и методы исследования. Отдалённые результаты хирургического лечения ЯБДПК при «трудных» ДЯ в сроки от 1 до 10 лет нам удалось проследить у 227 (86,6%) пациентов. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения проводилась по общепринятой классификации Visik A.A.

После выполненных операций из 227 больных 79 были обследованы стационарно в сроки год и более. Остальные пациенты были обследованы в амбулаторном порядке. Им были проведены рентген-эндоскопическое, радиологическое исследование с определением характера желудочной секреции. У ряда пациентов (17) проведены дополнительные исследования и консультации соответствующих специалистов в связи с сопутствующими заболеваниями.

Полученные данные сопоставлялись с анкетой-вопросником и в совокупности давалась оценка отдалённым результатам хирургического лечения.

В использованной нами анкете-вопроснике внимание уделялось на следующие вопросы: 1 - жалобы и анамнез послеоперационного периода (боли, тошнота, рвота, изжога, желудочно-кишечные кровотечения, проявления демпинг-синдрома, дисфагии, диареи и др.); 2 - лечился ли амбулаторно, стационарно, принимал ли санаторно-курортное лечение с учётом лекарственной и других видов терапии; 3 - время нахождения на больничном листе после операции; 4 - трудоспособность после операции (возвращение к прежней работе, переход на облегчённый труд, переход на инвалидность; 5 - собственная оценка общего состояния после операции (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение); 6 - дополнительные данные о состоянии здоровья.

Из 227 пациентов 109 были обследованы стационарно в различные сроки до 10 лет после выполненных операций. Остальные пациенты были обследованы в амбулаторном порядке. В целом, в контрольной группе исследованы 92 пациента, а в основной – 135.

Результаты исследования. В контрольной группе отличные и хорошие отдалённые результаты нами установлены у 65 (70,7%) пациентов. В основной группе отличные и хорошие результаты установлены у 115 (85,2%) пациентов. Анализ отличных и хороших отдалённых результатов выполненных операций в основной группе свидетельствует, что от проявлений ЯБДПК избавились подавляющее большинство пациентов – 180 (79,3%).

Удовлетворительные результаты в контрольной группе отмечены у 19 (20,6%) пациентов. Тогда как в основной группе удовлетворительные результаты установлены у 16 (11,6%) пациентов. В контрольной группе причиной удовлетворительного результата у 13 пациентов явился демпинг-синдром легкой (10) и средней тяжести (3). Причиной удовлетворительного результата у 4 пациентов явился ДГР с явлениями

атрофического гастрита и у 2 диарея средней степени тяжести. Пациенты периодически консультировались у лечащих врачей и получали амбулаторное лечение.

В основной группе у 11 пациентов рентген-эндоскопически диагностирован дуоденогастральный рефлюкс, что явилось причиной их неоднократного консервативного лечения. У 5 пациентов отмечались выраженные боли в эпигастральной области, тошнота, чувство тяжести после приёма пищи. При инструментальном обследовании нами диагностирован анастомозит. Перечисленные явления не оказывали серьезного влияния на жизнь пациента. Они выполняли прежнюю работу, хотя имели ограничение по инструкции ВТЭК по определенным специальностям.

Эта группа заслуживает особого внимания, требуется правильная оценка их состояния для своевременного лечения и рационального трудоустройства. Они подлежат регулярному диспансерному наблюдению. Подобная тактика позволяет избежать попадания оперированных больных в группу оперированных с плохими результатами. Выявленные изменения корригировались медикаментозно, диетой, режимом и мало отражались на трудовом ритме жизни больного.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения в контрольной группе нами диагностированы в 8 (8,7%) случаев. В основной группе - после РЖ в модификациях первого способа Бильрот - в 4 (3,0%) случаев. В контрольной и основной группе причиной неудовлетворительных результатов явились рецидив и пептические язвы. Всем пациентам выполнены повторные оперативные вмешательства.

Анализ отличных и хороших отдалённых результатов выполненных операций во второй исследуемой группе пациентов свидетельствует, что от проявлений ЯБДПК избавились подавляющее большинство пациентов.

Выводы. Таким образом, 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. Так, 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%). К тому же, 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%).

УСОВЕРЩЕНСТВЕННЫЙ МЕТОД ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До сегодняшнего дня язвенный колит остается проблемой мировой медицины, который часто негативно влияет на жизнедеятельность больного. При этой патологии пораженная слизистая оболочка толстого кишечника становится очагом развития тяжелого и диффузного язвенно-воспалительного процесса с развитием местных и системных осложнений. Поэтому остро ставится вопрос найти подходящую терапию в комплексном лечении язвенного колита. Учитывая нерешённость вопроса о целесообразности лимфатической терапии при язвенном колите, а также отсутствие данных о применении эндомезентериальной лимфатической

терапии в послеоперационном периоде, следует считать эти вопросы актуальными для современной абдоминальной хирургии.

Цель исследования – улучшить результаты лечения и предотвратить осложнения язвенного колита у пациентов в послеоперационном периоде, путем включения в комплексную лечение эндомезентериальной лимфостимуляции и лимфатической терапии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного лечения 97 пациентов в послеоперационном периоде у больных язвенным колитом основной группы с применением эндомезентериальной лимфатической терапии и в отдельности у больных контрольной группы традиционного метода лечения, находившихся в колопроктологическом отделении клиники АндГосМИ за период с 2011 по 2021 год. В среди пациентов участвовавшие в исследовании мужчин было 45 (46,4%), женщин 52 (53,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 73 лет. Наибольшее количество пациентов были трудоспособного возраста – 91 (93,8%). Все оперированные пациенты были разделены нами на две группы. В первую группу включены пациенты, которым комплексное лечение дополнялось применением эндомезентериальной лимфатической терапии по разработанному в клинике алгоритму (n=54), а во второй включены пациенты, получавшие общепринятое традиционное лечение (n=43). В обеих группах большинство пациентов были в возрасте от 17 до 50 лет: в I группе их 39 (72,2%), во II – также 35 (81,4%). В первой группе мужчин было 25, а женщин 29. Во второй группе мужчин было 20, а женщин - 23. Всем пациентам I группы по завершении основного этапа операции эндомезентериально установили полихлорвиниловый катетер для эндомезентериальной лимфатической терапии, применяя ее в течение 4-5 дней, 1 раз в сутки в послеоперационном периоде у больных с гемиколэктомии, 2 раза в сутки у больных после субтотальной либо тотальной колэктомии. На фоне определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, выделенной из материала слизистой оболочки толстой кишки, лимфотропно применяли подобранную одну дозу антибиотика заранее растворив его в 50 мл 0,5% растворе новокаина. До применения лимфотропной терапии для стимуляции лимфатической системы через установленный эндомезентериальный катетер ввели капельно раствор глюкозы 5% - 50 мл + новокаин 0,5% - 50 мл с добавлением 5000 ед. гепарина или лазикса 64 ед., в течение 40-60 минут.

Эндолимфатическая терапия способствует улучшению реологических свойств крови и лимфы, усилению лимфооттока, нормализации микрогемолимфоциркуляции, полноценному удалению из тканей отечной жидкости и токсических метаболитов, активизации обезвреживающей и иммунологической деятельности лимфатических узлов брюшной полости.

Результаты исследования эндомезентериальной лимфатической терапии в послеоперационном периоде были уникальны по профилактике развития функционально-динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. Лимфотропный метод терапии способствует снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде лимфатического потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника. Комплексная эндомезентериальная лимфатическая терапия в послеоперационном периоде при язвенном колите позволила достоверно улучшить состояние пациентов основной группы по сравнению с контрольной.

Включающие клинические и лабораторные показатели пациентов основной группы снизились более значительно. В целом, полученные результаты наглядно

отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и, соответственно, результаты лечения такой тяжелой патологии как язвенный колит, путем снижения частоты осложнений в послеоперационном периоде с 15,9% до 5,7% и летальности с 7,2% до 2,4%.

Таким образом, основываясь на результаты наших наблюдений, можно делать вывод, что применяемая эндомезентериальная лимфотропная терапия в комплексном лечении больных в послеоперационном периоде при НЯК способствует достоверному снижению частоты осложнений грозной для жизни этой патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСКОЛОЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.

*¹Эранов Н.Ф., ¹Тураев Б.Т., ²Сувонов О.С., ¹Мадаминов А.А.
¹Самаркандский Государственный медицинский университет,*

Актуальность. Внутрисуставные переломы дистального конца плечевой кости – тяжелая травма локтевого сустава. Переломы дистального конца плечевой кости встречаются у 0,5-2% пострадавших с переломами костей опорно-двигательного аппарата. По данным различных авторов повреждения дистального конца плечевой кости составляют 7,8-24% всех переломов верхней конечности.

Цель работы: Изучит результаты лечения при осколочном переломе дистального конца плечевой кости с использованием реконструктивных пластинок с шурупами.

Материал и методы исследования: в Самаркандской областной больницы ортопедии и последствия травм с 2019 по 2021 годы пролечены 79 больных с закрытыми осколочными внутрисуставными переломами дистального конца плечевой кости. Из них по полу мужчины 39 (47%), женщины 42 (53%). Всем больным были проведены рентгенологическое обследование, на основании рентгенограммы были определены методы оперативного лечения. Для изучения эффективности выбранной методики лечения больные были распределены на 3 группы: в I группы 17 (21,5%) больных, им была проведена операция сопоставление костных отломков с фиксацией спицами Киршнера и внешняя иммобилизация гипсовой повязкой. У II группы 23 (29,2%) больных, было проведено открытое сопоставление костных отломков с фиксацией спицами Киршнера и внешняя фиксация аппаратом Илизарова. У III группы 39 (49,3%) больных, было проведено открытое сопоставление костных отломков фиксацией реконструктивными пластинками с медиальной и латеральной стороны. Принцип оперативного лечения заключается в стабильной фиксации многоосколочного внутрисуставного перелома дистального конца плечевой кости.

Результаты исследования: I группы у 17 больных которым была произведена фиксация отломков с помощью спицами Киршнера. У них сращение длилось до 5 месяцев, из них в 5 случаев (29%) дало осложнение спицевый остеомиелит. Почти у 16 больных (34%) осложнилась контрактурой, которые долгое время были вынуждены получать физиофункциональное лечение. Из них 2 больных (12%) осложнились не сращением костных отломков, которые были реоперированы. II группа больные которым открытым способом сопоставлены отломки и фиксировали с помощью спицами Киршнера, внешняя фиксация в аппарате Илизарова у 2 больного (9%) происходило воспаление вокруг спицы, репаративная регенерация костных отломков продлилась больше 4х месяцев. После снятия аппарата Илизарова, почти у всех больных отмечались стойкие сгибательно-разгибательных контрактур, которые долгое время получили физиофункциональное лечение. III группа больным которым после открытого вправления отломков в области дистального конца плечевой кости,

проведено внутренняя фиксация с помощью пластинок и шурупами, функции локтевого сустава восстановилась через 30 дней после операции и костная консолидация происходила первично через 65-70 дней восстановилась функция сустава. Осложнений после операции не наблюдались.

Выводы: Проведенные анализы показали, что больные I-II группы долго лечились. Метод фиксации спицами недостаточно удержали костных отломков, наблюдалось микродвижение. Из-за чего результаты лечения не удовлетворили больных и лечащих врачей. III группы больных, у которых костные фрагменты были фиксированы реконструктивными пластинками и с шурупами показали весьма успешные результаты: костные фрагменты фиксируются стабильно; функция локтевого сустава восстанавливается за месяц после оперативного лечения; со стороны мягких тканей и костных тканей воспаления не наблюдалось; трудоспособность восстановилась за 2-2,5 месяцев после операции. Последний метод лечения показала целесообразность и эффективность лечения при внутрисуставных многоосколочных переломах дистального конца плечевой кости.

ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Эшбадалов Х. Ю., Махкамов З. Х.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: Переломы нижней челюсти составляют свыше 70% от общего числа переломов и повреждений костей лицевого скелета. В 85—90% случаев их лечение сопровождается иммобилизацией отломков ортопедическими методами, при которых ухудшаются процессы микроциркуляции в тканях пародонта, отсутствует функциональная нагрузка, затрудняется очистка полости рта, появляются обильные зубные отложения. Все эти факторы неблагоприятно влияют на ткани пародонта и процессы заживления костной ткани.

Цель: Определить основные особенности профилактики и лечение осложнении при переломах нижней челюсти.

Материалы и методы: В динамике обследовано 60 больных с переломами нижней челюсти. Проведено сравнительное исследование этих больных с аналогичной возрастной группой лиц (40 человек), являющийся контролем. При этом были использованы клинко-рент-генологические методы, изучена микроциркуляция тканей пародонта и проведено микробиологическое исследование.

У больных с переломами нижней челюсти в период ношения шин и после их снятия в 3 раза чаще проявляется гиперемия и отек тканей десны, более чем в 2 раза увеличивается кровоточивость и гноетечение из зубодесневых карманов. У 7% больных появляется временная расшатанность зубов. Обильные зубные отложения зарегистрированы у 100% больных, а в контрольной группе — у 48%. Наряду с этим индекс РМА увеличивается на 0,5 ед., средняя глубина зубодесневых карманов — на 0,4 мм, а индекс гигиены полости рта возрастает на 50%. Значительно уменьшается стойкость капилляров десны, появляются гингивиты и пародонтиты, а при наличии стадии пародонтита отмечаются его обострения.

Результаты исследование: Микробиологическое исследование показало, что в период иммобилизации отломков шинированием челюстей из полости рта исчезают некоторые сапрофитные микроорганизмы, а количество других микроорганизмов, активно поддерживающих патологические процессы в пародонте (гемолитические стрептококки, дрожжевые грибы, кишечная палочка и др.), значительно возрастает (в 2—3 раза), появляются золотистые стафилококки и катаральные микрококки. Все вышеперечисленные материалы свидетельствуют о необходимости проведения специальных лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента

больных. С этой целью разработаны и апробированы гигиенические средства (зубная паста и полоскание) с повышенными очищающими и лечебными свойствами, а также мероприятия, способствующие улучшению микроциркуляции тканей пародонта.

Выводы: Применение комплекса указанных мероприятий приводит к снижению осложненных форм переломов нижней челюсти, благоприятно влияет на процессы регенерации костной ткани, способствует предупреждению заболеваний пародонта

О КЛИНИКЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Эшбадалов Х. Ю., Тешабоев М.Ф., Туланов Д.Ш., Маматкулов Х.А.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность. Увеличилось количество заболеваний с тяжелым клиническим течением, развитием различных осложнений (остеомиелиты, тромбофлебиты).

Цель. Изучить этиологические структуры одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Материал и методы. В проведенном исследовании изучали характер микрофлоры, выделенной при обследовании 95 больных с различными проявлениями одонтогенной инфекции: флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области; остеомиелит, актиномикоз, воспаление околоушных слюнных желез и гингивит. Для бактериологических исследований использовали гной и раневое отделяемое, в отдельных случаях при подозрении на септицемию исследовали кровь. Идентификация выделяемых возбудителей проводилась по общепринятым схемам с определением чувствительности выделенных возбудителей к антибиотикам различных групп.

Установлено, что при одонтогенной инфекции основную этиологическую роль играли стафилококки, преимущественно за счет золотистых стафилококков; стрептококки составили $42,1 \pm 5,0\%$, при равном выделении зеленящих стрептококков и энтерококков; грамотрицательные бактерии обнаружены в $12,7 \pm 3,2\%$, клостридии — в $5,3 \pm 2,2\%$; актиномицеты обнаруживали довольно редко, условно-патогенные грибы рода Кандида высевали в $8,4 \pm 2,8\%$. Различные ассоциации микроорганизмов в отделяемом раны и гное составили $32,6 \pm 4,8\%$.

Результаты. При изучении чувствительности выделяемой микрофлоры к антибиотикам обнаружено, что золотистые стафилококки были устойчивы к пенициллину, левомецетину, стрептомицину, моно-мицину, канамицину, ристомичину, тетраолеану, тетрациклину ($50—74\%$). Эпидермальные стафилококки сохраняли устойчивость к пенициллину, левомецетину, стрептомицину, ристомичину, тетраолеану, тетрациклину и морфоциклину ($61—76\%$). Зеленящие стрептококки, резистентные к пенициллину, мономицину, стрептомицину и левомецетину выделяли в $50—75\%$ случаев. Энтерококки были резистентны к большинству изучаемых антибиотиков ($50—94,1\%$). Грамотрицательные бактерии, устойчивые ко всем антибиотикам, выявляли в $50—100\%$. Клостридии сохраняли чувствительность к диклоксациллину, канамицину и гентамицину (100%).

Выводы. Таким образом, основную этиологическую роль в развитии и поддержании воспалительного процесса при одонтогенной инфекции, по нашим данным, играют золотистые стафилококки и стрептококки в различных сочетаниях. Большинство изучаемых возбудителей были резистентны к широко применяемым антибиотикам и сохраняли чувствительность к некоторым полусинтетическим пенициллинам и препаратам резерва.

ОДОНТОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Эшбадалов У.Х., Файзиходжаев О., Насретдинов З. Т.
Андижанский Государственный Медицинский Институт*

Актуальность. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области составляют около 10-20% хирургических пациентов, обращающихся в стоматологические поликлиники и более 60% больных, получающих специализированную медицинскую помощь в отделениях челюстно-лицевой хирургии. На долю пациентов, госпитализируемых в данные отделения с диагнозом абсцесса или флегмоны, приходится от 30% до 70% от общего числа больных.

Достижения медицины в области исследования этиологии и патогенеза флегмон челюстно-лицевой области (ЧЛО) позволили разработать новые методы лечения и диагностики. Однако распространенность патологии не имеет тенденции к снижению, а процесс лечения остается сложным и длительным, не застрахованным от развития осложнений.

В настоящее время существует множество способов, оценивающих состояние больных с флегмонами ЧЛО и позволяющих прогнозировать течение заболевания на основании данных клинического, биохимического, гематологического, иммунологического обследования. Однако работ посвященных процентному соотношению частоты встречаемости флегмон различной этиологии, в частности одонтогенного происхождения в отделении хирургической стоматологии единичные. Поэтому оценка степени риска развития осложнений при острых воспалительных заболеваниях является актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии детского возраста.

В связи с этим мы поставили перед собой **цель** - провести статистическое соотношение флегмон ЧЛО в зависимости от анатомо-топографической локализации.

Материал и методы. Нами были обследованы 86 больных с флегмонами различного происхождения и локализации в челюстно-лицевой хирургии № 7 КГБ г. Ташкента и в отделении хирургической стоматологии областной многопрофильной больницы центра города Андижан, выполненных в период 2018-2020 гг.

Все флегмоны мы подразделяли на две группы. Первая группа одонтогенные флегмоны – у 232 и аденофлегмоны-192 детей.

Локализация флегмон и первичный инфекционный очаг представлены в 63% случаев «причинными» зубами в возникновении одонтогенных флегмон были молочные зубы (в 25% -верхние моляры, в 35% - нижние моляры и в 3% - верхние резцы и клыки) и в 37% случаев - постоянные зубы (в 5% -верхние шестые, в 25% - нижние шестые и в 7%-верхние резцы). За последние три года отмечается снижение частоты заболеваний с одонтогенными флегмонами с этиологическим фактором возникновения от постоянных зубов, по нашим данным в период 2018-2020 гг.

Результаты исследования. Исходы заболевания во всех случаях благоприятный (выздоровление). Применяя комплексное лечение, можно добиться хороших результатов в лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Выводы. Организация плановой санации, профилактика заболеваний полости рта, своевременное и рациональное лечение заболеваний зубов намного снизит возникновение таких осложнений, как флегмоны одонтогенного происхождения.

УЧАСТИЕ И РОЛЬ АЭРОБНЫХ И АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ И ЛОР ОРГАНОВ

*Эшбадалов Худойберди Юлдашевич., Парпиев Абдумуталлиб Лухмонжонович.,
Далиев Адахам Гуломович., Исмоилов Жахонгир Ибрагимович., Комилов Умаржон
Мухаммаджонович*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По литературным данным причина возникновения заболеваний гайморитов составляет 65-70 % риногенного и 30-35 % - одонтогенного происхождения. Известно, что в силу анатомо-физиологических особенностей строения и функционирования головы и шеи, а также их взаимосвязь с ЛОР органами, гнойно-воспалительные заболевания этой области встречаются часто и имеют большой удельный вес в структуре гнойно-воспалительных заболеваний. В литературе сведения о роли анаэробов в развитии гнойно-воспалительных заболеваний и челюстно-лицевой области ЛОР органов встречаются редко.

Цель. Изучить участие и роль аэробных и анаэробных микроорганизмов при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и ЛОР органов.

Также необходимо отметить, что среди них содержится большая группа микросимбиотов, являющихся нормальной аутофлорой с разной степенью патогенности, имеющие возможность из полости рта проникать в ЛОР- органы и при этом вызывать развитие гнойно- воспалительных процессов одонтогенного происхождения. Чаще всего основными возбудителями являются гнойные кокки (стафилококки, стрептококки, стоматokokки, грамтрицательные палочки) и энтеробактерии (кишечная палочка, протей и др.), однако сведений о роли аспорогенных анаэробов нет.

Материалы и методы. Больной А., 28 лет, шофер. 18 января 2021 года поступил в тяжелом состоянии в областной многопрофильный медицинский центр г.Андижана по поводу одонтогенного хронического гнойного гемисинусита в стадии обострения. Из анамнеза заболевания впервые было выявлено 3 года назад и носило хронический характер.

В последние 20 дней наблюдалось ухудшение состояния, причину которого больной связывает с наличием патологически измененного пятого зуба. При этом жалобы были на сильные головные боли в области лба, правого глаза и подглазничной области с повышением температуры тела до 39-40°, сопровождающаяся потливостью и общей слабостью, недомоганием, снижением аппетита, отмечалась заложенность носа и гнойно-слизистые выделения из правой половины носа. Со слов больного болезнь началась остро, сопровождалась сильной головной болью. Больной обратился к нейрохирургу и окулисту. После обследования больной был доставлен в областного многопрофильного медицинского центра г. Андижана в ЛОР отделении.

Результаты исследования. Учитывая анамнез, клинические, объективные и рентгенологические данные, а также результаты пункции гайморовой пазухи установлен клинический диагноз: правосторонний гнойный гемисинуит одонтогенного происхождения. Произведена операция гайморо- и фронтотомия с наложением трансэтмоидального соустья. Во время операции установлено, что слизистая оболочка гиперплазирована, полипозно изменена, из гайморовой и лобной пазух получен жидкий гной со зловонным запахом. Обнаружен дефект орбитальной стенки размером 0,5x0,5 см., связанный с наличием гноя в гайморовой пазухе.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, мы рекомендуем и призываем практических врачей челюстно-лицевой хирургов и оториноларингологов более тщательно подходить к сбору первичного анамнеза с целью выявления связи между

ЛОР органов и патологией полости рта, в частности, гнойно-воспалительных заболеваний, вызываемых микросимбионтами полости рта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*Эшбадалова З. Х., Муртазаев С. С.
ТГСИ*

Актуальность. Для клиники практическое значение имеет выделение двух основных групп заболеваний пародонта: воспалительный и дистрофический. Это нашло отражение во всех классификациях болезней пародонта, в том числе в международной (ARPA). Однако до настоящего времени клиническая дифференциация этих двух форм пародонтопатий связана с немалыми трудностями. Дело в том, что весьма часто деструкция альвеолярной кости сочетается с поражением мягких тканей пародонта не только при прогрессирующей атрофии альвеолярного отростка (пародонтозе), но и при затянувшемся воспалении десен, например, при хронических формах гингивита.

Цель. Изучить дифференциальную диагностику при воспалительных заболеваниях пародонта.

Материал и методы. Поэтому следует принять рекомендации ряда авторов выделять смешанные формы поражения пародонта как отражения действительного положения вещей, хотя в ряде случаев вернее было бы говорить об осложненных случаях пародонтопатий. Лица, страдающие смешанными пародонтопатиями, составляют в клинике абсолютное большинство пародонтологических больных. Значительно реже наблюдаются случаи атрофии альвеолярной кости без воспалительных наслоений, т. е. пародонтоз в том смысле, какой вкладывается в это понятие современными авторами. Обычно больные, страдающие дистрофической формой пародонтопатии, за лечебной помощью своевременно обращаются редко, т. к. даже значительная атрофия альвеолярного отростка не причиняет особых беспокойств. Ведь даже при выраженной атрофии альвеолярной кости, несмотря на оголение корней зубов, не обнаруживается патологической подвижности. При этом рентгенографически обнаруживается убыль альвеолярного отростка с ровными краями лунок и межальвеолярных перегородок. При стабилизации процесса атрофии края альвеолярной кости склерозируются. Важное диагностическое значение имеет и протяженность процесса. Так, хронический гингивит чаще всего ограничивается определенным участком пародонта, а пародонтоз, как заболевание системное, поражает альвеолярные отростки на их протяжении. Следует также учитывать подверженность зубов кариозному поражению. При пародонтозе эмаль зубов, если не учитывать обнаженные участки пришеечного дентина, редко поражается кариесом, тогда как при гингивите, например у подпиткой, как показали наши наблюдения, кариес обнаруживается даже несколько чаще, чем у здоровых. По-видимому, в силу тех же причин, а именно повышенной минерализации эмали при пародонтозе бугры зубов не подвергаются стиранию, а у больных, страдающих гингивитом, процессы стираемости зубов не нарушены. Неравномерная стираемость зубов может явиться также одной из причин перегрузки пародонта отдельных зубов и возникновения в данном участке патологического процесса, приподышающего к образованию костного кармана с явлениями хронического гнойно-грануляционного воспаления пародонтита, который нередко приводит к смещению зубов. Эти осложнения чаще всего наблюдаются при пародонтозе, но могут быть и при гингивите, например, в результате повышения прикуса за счет зубных протезов.

Результаты исследования. Наконец, на рентгенограммах при пародонтозе обнаруживаются деструкция альвеолярных отростков челюстей на всем их протяжении и костные карманы в местах усиленного раздражения и травмы тканей пародонта; там же, где эти явления отсутствуют, край кости часто склерозирован. Полости зубов и просветы корневых каналов частично или полностью облитерированы. Нередко в пульпе зубов обнаруживаются конкременты и дентиклы. При хроническом гингивите рентгенографически, соответственно области воспаления, определяется остеопороз и резорбция вершин межальвеолярных перегородок без каких-либо изменений структуры альвеолярного отростка в других участках челюстей.

Пародонтит — самостоятельная нозологическая форма, следовательно, он не обязательно обусловлен какой-либо патологией других органов и систем организма. Однако это не означает, что у больного пародонтозом не могут быть сопутствующие хронические заболевания. Гингивит нередко развивается на фоне другой нервносоматической патологии, хотя иногда обнаруживается также у практически здоровых людей. В этой связи следует заметить, что корреляционная патогенетическая связь между болезнями пародонта и патологией других органов и систем достоверно не установлена. Поэтому выяснение вопроса, страдает ли больной другими заболеваниями, в плане дифференциации форм пародонтопатий не всегда имеет решающее значение.

Выводы. Следовательно, при обследовании больных наряду с выяснением характера основного процесса в пародонте наши усилия должны быть также направлены на оценку состояния организма больного, что в ряде случаев приобретает определяющее значение при решении вопросов терапии.

Оналик ва боллалик

ENDOMETRIYNING BEZLI GIPERPLAZIYASI BO'LGAN AYOLLARDA ESR GENINING 2014G> A POLIMORFIZMINING XUSUSIYATLARI

Abdulatipova F.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Dolzarliligi. Endometriyning bezli giperplaziyasi saratoni sonining tez o'sish borishi tufayli zamonaviy ginekologiyaning muhim muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Kasallikning etiologiyasi juda xilma-xildir. Bugungi kunda kasallik diagnostikasi uchun molekulyar genetik usullarni joriy etish tobora dolzarb bo'lib bormoqda. Tegishli genlardan biri estrogen retseptorlari alfa (ESR1) genidir.

Maqsad: endometriyning bezli giperplaziyasi bo'lgan ayollarda estrogen retseptorlari alfa genining 2014G>A polimorfizmini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz 2 guruhga bo'lingan 88 nafar ayolni tekshirdik. Birinchi guruh (asosiy) atipiyasiz endometriyning bezli giperplaziyasi bo'lgan 50 nafar ayoldan iborat edi. Ikkinchi guruh (nazorat) 38 shartli sog'lom ayollardan iborat edi. So'rovda qatnashganlarning yoshi 32-49 orasida o'zgardi.

Tadqiqot uchun material ayollarning DNK namunalari edi. Qondan DNKni ajratib olish va PCR tahlili Ampli Prime Ribo-prep (Next Bio MChJ, Rossiya) reaktivlari to'plamlari va test tizimlari yordamida amalga oshirildi. Olingan nuklein kislotalar preparatining namunalardagi konsentratsiyasini aniqlash NanoDrop-2000 qurilmasida spektrofotometrik usulda amalga oshirildi. Natijalarni statistik qayta ishlash "EpiCalc 2000 Version 1.02" statistik dasturlari yordamida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. GG, GA genotiplari chastotalarining tarqalishi asosiy guruhda mos ravishda 44,4%, 10,6%, nazorat guruhida esa mos ravishda 50,5%, 19,1%. Nazorat namunasida ESR1 genining 2014G>A polimorfizmi genotiplarining tarqalishi Hardy-Vaynberg muvozanati (HWB) ostida kutilganiga mos keldi. Asosiy guruhda RCM bo'yicha genotiplarni taqsimlashning kutilayotgan chastotasi: G/G=34,6; G/A=9,3; A/A=0,3. Asosiy guruhda RHV bo'yicha genotiplarning tarqalish chastotasi: G/G=33; G/A=10; A/A=1.

O'rganilgan bemorlar va nazorat guruhlarida ESR1 genining 2014G>A polimorfizmining genotiplari va allellari chastotalarini solishtirganda, biz statistik jihatdan muhim farqlarni aniqlamadik. Asosiy guruhda ESR1 genining 2014G>A polimorfizmining G allelining chastotasi 80,2% ni, nazorat guruhida 81,6% ni tashkil etdi, bu ham preeklampsiyaga moyillik xavfi ortishi bilan ishonchsiz aloqani ko'rsatdi ($\chi^2 = 0,31; P=0,28; OR=1,26; 95\% CI:0,56-2,89$).

Xulosa. Shunday qilib, dastlabki ma'lumotlarga ko'ra, endometriyal bezlar giperplaziyasi bo'lgan ayollarda ESR genining 2014G> A polimorfizmini aniqlashning diagnostik ahamiyati degan xulosaga kelish mumkin. Bemorlarni kattaroq to'qima namunasidan foydalangan holda keyingi molekulyar genetik tadqiqotlar o'tkazish tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: bezli giperplaziya, endometriy, ESR

THE USE OF VIGANTOL WITH CITRATE MIXTURE
IN THE TREATMENT OF RHITIS

*Abdullaeva D.A., Xafizova Z.B.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Rickets is the most common disease in young children, and there is a high level of scientific knowledge about the spread of this disease. Rickets has long been known as a disease of the growing organism, which leads to a violation of the harmonious development of the child. Rickets is an acute respiratory viral infection, a disease that causes severe exacerbation of rheumatic fever, acute intestinal diseases and causes the prolongation and recurrence of these diseases, and practice has shown that it is possible to prevent the treatment of rickets to prevent these cases.

Maksad. The purpose of this study was to determine the effectiveness of treatment in the special treatment of rickets in combination with the drug vigantol citrate (citric acid 35 grams, sodium citrate 25 grams, water 250 ml)

Results. Fifty children under 3 years of age with grade 1-2 rickets were examined. 35 of them were given vigantol 600000-800000 XB, a fatty solution of vitamin D, for 60 days, with 1 teaspoon (5ml) of citrate mixture for 1 month. Group 2 was given 30 rickets to children with grades 1-2 with vigantol 600000-800000 XB and 30 mg / kg of calcium gluconate 0.25 tablets for 60 days. Prior to the examination, functional changes in the nervous system, shallow sleep, profuse sweating, hair loss in the head and neck area and flattening of the cervical vertebrae in the skeletal system, forehead ridges, rickets, garrison grooves were the only symptoms. When vigantol and citrate were used concomitantly, a positive outcome of faster clinical signs was observed in 35 patients compared to group 2. Thus, the concomitant use of vitamin D with citrate mixture is advisable to use vitamin D with citrate, as it has the property of eliminating metabolic disorders in children with rickets

Conclusion. Observations have shown that the use of vigantol in combination with a mixture of citrate has a positive effect on children with rickets.

FIZICHESKOE RAZVITIE DETEY S NIZKOY
MASOY TELA PRI ROJDENII

*Xafizova Z.B. Abdullaeva D.A.,
Andijan State Medical Institute*

Target. To study the dependence of the degree of survival and further physical development of children on the timing of pregnancy, the degree of maturity and body weight at birth

Results. This report presents the results of a retrospective analysis of the physical development of 80 children aged 1 to 14 years; who had a birth weight of 1000-2000 grams, born in 1990-2004. in maternity hospitals in Andijan. A follow-up and objective study was carried out using specially designed tests. There were 26 births before 28 weeks of gestation children, up to 28, 29-30 weeks. - 25, up to 31 - 32 weeks. -28. Normal physical development was observed in 68% of the examined children, in the rest, a general delay in physical development of varying degrees was revealed, and the lower the body weight of the child at birth, the more pronounced this lag. A significant lag in length, body weight and head circumference was noted in children born with a body weight of 1000 to 1500 grams Body length from - 1 ... to + 2 ... and more had 46.2% of truly premature and only 26% of children with intrauterine growth retardation. Only 27% of children with intrauterine growth

retardation and 42.8% of premature infants without intrauterine growth retardation had a body weight from +1 ... to +2 .. and above.

The physical and neuro-psychological development of premature babies is closely related. Of 80 children, 35% had severe psychoneurological, sensory-non-aural or intellectual disorders (disability, quadriplegia, mental deficiency), 32% - convulsions, hemiparesis, mental retardation, 23% - minimal (28% of preterm infants with intrauterine growth retardation and 72% of true preterm infants). A decrease in the IQ of varying degrees in children weighing less than 1500 g was observed 5-6 times more often than in children weighing more than 1500 g.

The study of the dependence of the physical development of children with low birth weight on the timing of pregnancy showed that 26% of children born before 28 weeks had normal development, in 64% - up to 29-30 weeks. - and in 73% - up to 31-32 weeks. intrauterine development.

Conclusion. Thus, the general physical development of children born with low body weight lags behind in many respects and this directly depends on body weight at birth, i.e. the lower the body weight at birth and the more pronounced the degree of lag

IMMUNE SYSTEM OF CHILDREN WITH ACUTE VIRUS INFECTION WITH OBSTRUCTIVE SYNDROM CHANGES

**Abdullaeva D.A., Xafizova Z/B/
Andijan State Medical Institute**

Relevance. One of the current problems in pediatrics is the complication of acute viral infections with obstructive syndrome. In recurrent acute viral infection is characterized by an increase in total immunoglobulin E in the serum, decreased interferon system, bronchial hyperreactivity and increased sensitivity of the organism to non-infectious allergens

Maksad. Accordingly, the purpose of the study is to study the characteristics of the immune system in acute viral infection complicated by obstructive syndrome

Results. In our study, 65 children with obstructive syndrome of acute respiratory viral infection had a history of 15%, severe toxicosis, 10% of gestational anemia, 10% of mothers with acute viral infection in pregnancy, and 30% of close relatives with allergic diseases.

During the course of the disease, the total number and subpopulations of lymphocytes, the concentration of total immunoglobulin E, immunoglobulin A, M, G in the serum, phagocytic activity of lymphocytes were determined.

The results of the study showed that the total concentration of immunoglobulin E was 2.5 times higher than normal during the period of disease progression, and a decrease in T-lymphocytes and subpopulations was detected.

The phagocytic activity of neutrophils was $54.5 \pm 1.2 - 41.2 \pm 1$.

Conclusion. Thus, in the case of acute viral infection complicated by obstructive syndrome, infectious-allergic inflammation of the upper respiratory tract, along with changes in the humoral and cellular immune system, a 2.5-fold increase in total immunoglobulin E, a reliable decrease in phagocytic activity of neutrophils

ЗНАЧЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.

Хафизова З.Б Абдуллаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гнойно-септические осложнения (ГСО) в педиатрической практике остаются главной проблемой в лечении тяжелого контингента пациентов. Во

многих случаях развитие гнойно-септических осложнений приводит к ухудшению прогноза основных хирургических, нейрохирургических, соматических заболеваний детского возраста. В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где сформированы и циркулируют полирезистентные штаммы патогенных микроорганизмов, пневмонию чаще всего вызывают микробные ассоциации. В большинстве случаев антибактериальная терапия не всегда может быть эффективной, что является показанием к проведению активной иммунизации поливалентными вакцинами.

Отечественные препараты, представленные различными модификациями антисинегнойной вакциной, бесклеточной поликомпонентной вакциной из антигенных комплексов клебсиел, стафилококка, кишечной палочки и протей оставались надежным средством профилактики госпитальной пневмонии (ГП). Новой вехой в активной иммунизации явился созданный (2010 г) препарат стафило-протейно-синегнойная адсорбированная (СПСА) вакцина, явившейся эффективной в лечении терминальной почечной недостаточности, гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей стафилококко-синегнойной природы. Однако, в профилактике различных гнойно-воспалительных заболеваниях легких у детей данный препарат продолжает изучаться.

Цель исследования: Изучение профилактической направленности СПСА вакцины на частоту развития гнойно-легочных осложнений у детей в ОРИТ.

Материалы и методы: Исследовано 78 детей (3-14 лет) с различными хирургическими, нейрохирургическими, соматическими заболеваниями, госпитализированных в ОРИТ как в послеоперационном периоде, так и в тяжелом состоянии по основной патологии. Всем больным с 1-2 суток проводили искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), стандартную инфузионную поддержку, эскалационную тактику антибактериальной терапии, синдромальную программу. Исследовали показатели периферической и центральной гемодинамики; общепринятые исследования крови; бактериологические параметры микрофлоры зева, крови, мочи; иммунологические показатели (первичное и вторичное звено иммунитета), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Осуществлялся мониторинг сроков и частоты развития пневмонии по критериям: гипотермия более $38,5^{\circ}\text{C}$, или гипотермия менее $36,5^{\circ}\text{C}$; появление гнойной мокроты; появление нового инфильтрата на рентгенограмме грудной клетки; лейкоцитоз более 10 тыс кл/мкл или лейкопения менее 4 тыс. кл/мкл. Динамику исследований проводили на 1, 3,10,15 сутки.

Результаты и обсуждение: Пациентов (1 группа), с целью профилактики ГП, однократно вакцинировали СПСА, введением подкожно, в дозе 0,5 мл, в первый день нахождения в ОРИТ. Контрольную группу (2 гр) составили аналогичные пациенты архивной документации, без применения СПСА. Динамика формирования ГП в группе вакцинированных пациентов показала ее развитие у 36,8% , в то время как в контроле – 56,1%. Если в 1 гр. ГП развилась в среднем на $9,3\pm 4,2$ сут., то во 2 гр. – на $6,0\pm 2,2$ сут.

Динамика показателей ЛИИ не была отмечена существенной разницей между уровнем интоксикации в обеих группах, составляющая на первые сутки 4-8 баллов. Если на первые сутки иммунный статус характеризовался выраженным лейкоцитозом (20,5 тыс. кл/мкл), относительной лимфопенией (до 9%) без снижения абсолютных и относительных значений Т- и В-лимфоцитов, то в дальнейшем наблюдении (10-15 сут) отмечено снижение лейкоцитоза на 19%- 23%, с ростом относительного числа лимфоцитов на 15% -32%. Но во 2 группе отмечено сохранение умеренного лейкоцитоза (13-14 тыс. кл/мкл) в течении всего периода наблюдения с тенденцией к углублению относительной лимфопении на 16% (5-10 сутки) и на 13% (10-15 сут).

Сравнительный анализ гуморального звена иммунитета отмечен достоверно низким титром Ig A в 1 гр. и IgM – во 2 гр. В период 5-10 суток титр IgA нарастал до 24%, к 10-15 суткам – на 53% в 1 группе, в то время как во 2 гр. – он повысился лишь на 15% к 15 суткам. Нарастание титра IgM отмечено выраженность в 1 группе на 5-10

сутки, а во 2 группе – только к 1-5 суткам. Пиковые значения IgG достигали к 15 сут. повышение на 56% в 1 гр., только на 33% - во 2 гр. Анализ фагоцитарного звена был определен устойчивой тенденцией к росту резервных возможностей функциональной активности фагоцитов, о чем свидетельствовала динамика коэффициента клеточной активации в ответ на дополнительные антигенные раздражители.

Вывод. Таким образом, перспективность применения СПСА вакцины характеризуется нарастанием концентрации IgM и нормализации уровня IgA со второй недели госпитализации в ОРИТ, с уменьшением частоты ГП.

COMPLICATIONS OF PREGNANCY IN HYPOTENSIVE WOMEN.

Abdullaeva Sh.U., Khudoyarova D.R.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

Relevance. Arterial hypotension is one of the leading problems of modern obstetrics, determining a high level of complications among pregnant women, women in childbirth and puerperas. In domestic and foreign literature, there are a large number of works on the etiology and pathogenesis of arterial hypotension and complications associated with it. This pathology can lead to a delay in fetal development, due to a decrease in uteroplacental blood flow. In pregnant women suffering from arterial hypotension, spontaneous abortion occurs 3-5 times more often at different times.

Purpose of work: To determine the complications of pregnancy in women with hypotension during pregnancy.

Materials and methods of research: The study was performed on the basis of clinic No. 1 of the Samarkand State Medical University, 20 patients with hypotension during pregnancy were prospectively studied.

The patients underwent a general clinical analysis, laboratory tests according to the standard, dopplerography of the fetus and the state of the placenta, ECG.

Results: During pregnancy, arterial hypotension is more often diagnosed at the end of the first trimester, less often at 17–24 weeks. All patients were diagnosed with primary arterial hypotension during pregnancy. According to the anamnesis in women before pregnancy, blood pressure was in the range of 120/80 - 110/70 mm Hg, after the onset of pregnancy, the patients had a decrease in blood pressure to 90/60 - 80/50 mm Hg.

A third of patients (35%) complained of comorbidities in the form of anemia, chronic pyelonephritis, while according to laboratory tests, anemia was diagnosed in all patients: 60% of mild, the remaining 40% of moderate severity.

According to ultrasound echo signs of chronic pyelonephritis were present in 40% of pregnant women.

According to the dynamics of blood pressure in patients in the morning, blood pressure was 70/50 - 80/60 mm Hg. while in the evening this indicator increased to 90/60 mm Hg.

According to the ECG, the patients had sinus bradycardia (70%), supraventricular pacemaker migration (25%), atrioventricular block I degree (40%), early ventricular repolarization syndrome (30%), decreased voltage (60%), ST segment elevation (35%) with cardiomyopathy.

Conclusions: Hypotension during pregnancy causes a lot of complications of both pregnancy and childbirth. In our study, all patients were observed during pregnancy against the background of hypotension and anemia. During pregnancy, complications such as early toxicosis (60%), threatened miscarriage (30%), placental insufficiency (40%), preeclampsia (15%) were observed.

40% of patients had preterm labor, and 4 (20%) patients with urgent delivery had hypotonic uterine dysfunction. This all points to the great importance of hypotension in

pregnant women and requires careful study of this issue. Early detection of hypotension and its correct correction helps to improve the course of pregnancy and childbirth.

BRIEF ALGORITHMS FOR MANAGING PATIENTS FOR CONSULTATION WITH A PEDIATRIC ONCOLOGIST

Abdullayeva M.E.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Over the past decades, there has been a steady increase in the number of oncological diseases in children, most of which are diagnosed at common stages. At the same time, only 5.2% of patients are detected actively (during routine preventive examinations). The reason for this is not only in the orphan of malignant neoplasms in children, but also in the atypical clinical picture.

All this significantly complicates the diagnosis of malignant neoplasms in children at early stages, and also leads to low oncological alertness of district pediatricians.

The purpose of the study. An increase in the percentage of patients identified in the early stages of diseases.

Materials and methods of research. A questionnaire algorithm has been developed to determine the feasibility of sending a patient to a pediatric oncologist by a district pediatrician, consisting of 20 items with unambiguous answers (yes / no), filling in which pediatricians during medical examinations with two or more "yes" answers will allow recommending a consultation with a pediatric oncologist to the patient, and in the presence of one positive answer, dynamic observation.

The results of the study. During routine preventive examinations, only about 5% of patients are detected. However, there is a positive trend: an increase of 1.4% over the past 5 years. At the same time, 76% of patients are detected at common stages of diseases, 24% — at localized ones.

The predominance of patients identified at common stages of diseases is explained by the low "oncological alertness" of district pediatricians and the atypical course of oncological diseases in children, the absence of specific symptoms, the presence of many "clinical masks", the rarity of malignant neoplasms in the structure of the morbidity of the child population. The developed algorithm is aimed at eliminating the subjective factor in the examination of patients.

The conducted survey showed the expediency of introducing into clinical practice an "Algorithm for determining the expediency of referring a patient to a consultation with a pediatric oncologist." We urge all colleagues to use the proposed "Algorithm" not only for suspected malignant neoplasms, but also in daily clinical practice. Remember: the earlier treatment is started, the higher the probability of achieving remission!

The specifics of medical care for children with oncological diseases presupposes a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. Improving the medical care system requires not only the integration of clinical and organizational approaches, but also the active involvement of patients and their parents in the treatment process.

Conclusion. In modern conditions of the development of domestic healthcare, the search for ways to improve specialized medical care is of particular importance, which is especially important for such socially significant diseases as malignant neoplasms in children, since they occupy a leading position in the structure of child mortality.

MEDICAL AND SOCIAL RESEARCH OF BRONCHIAL ASTHMA

Abdullayeva M.E.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Bronchial asthma is a chronic disease prone to progression, which can have a negative impact on all aspects of human life and remains one of the "diseases of civilization".

Epidemiological studies of recent years indicate that from 4 to 10% of the world's population suffer from bronchial asthma of varying severity.

Bronchial asthma, which began in childhood, is the cause of disability of the adult population. In 40-50% of adults with disabilities due to bronchial asthma, the disease began in childhood. The highest rates of disability of the population due to bronchial asthma, loss of days of disability and days spent by patients with bronchial asthma in hospitals are among the highest in the world.

The purpose of the study. Based on a comprehensive medical and social study, develop measures to reduce the incidence of bronchial asthma and improve medical and preventive care for patients.

Materials and methods of research. The presented work is based on the results of a survey of 60 children aged 4-17 years with a diagnosis of "Atopic bronchial asthma". General clinical methods included the collection of complaints and anamnesis, objective research data, clinical blood and urine tests

The results of the study. The socio-hygienic characteristics of patients with bronchial asthma indicate that the majority of women (64.8%), persons aged 40-49 years (22.5%) and 50-59 years (24.1%), have secondary special education (41.9%), a full family (57.0%) and an incomplete family (43.0%), persons of working age (65.6%), do not work (52.1%), material security is below the subsistence level for 58.5%, live in their own apartment (71.5%), in satisfactory conditions (57.1%). 11.9% of patients with bronchial asthma smoke, 73.1% do not exercise, 61.8% do respiratory gymnastics, 63.4% do not take hardening measures.

Analysis of medical and organizational aspects of bronchial asthma showed that 53.0% of patients applied to the polyclinic monthly, 84.7% received inpatient treatment, 39.0% received 1 time a year and 41.0% more often in the general therapeutic department. 71.7% did not attend Asthma school), as a result, patients are insufficiently informed about the prevention and treatment of the disease (57.3%), have no idea about the peak flowmeter (59.1%), about the spacer (46.6%). 36.8% have a disability. The average age of patients at the onset of bronchial asthma was 33.8 ± 0.6 years. In 69.5%, an asthma attack occurs year-round, in 35.4% - daily, in 58.7% - there is no connection with the time of day, in 34.1% - the frequency of attacks increased throughout the disease.

An analysis of the organization of medical care for patients with bronchial asthma showed that there was a slight reduction in the bed stock in the allergological (by 50%), pulmonological (by 8.2%>), therapeutic (by 8.7%) departments. The provision of the population of Ufa with an allergist and a pulmonologist has decreased somewhat, and the provision with a general practitioner has increased. 42.3% of patients with bronchial asthma are dissatisfied with the work of the polyclinic, the causes of which are long queues (94.7 out of 100 respondents), haste (33.2) and inattention of medical staff (30.1), which indicates the need to improve organizational forms of providing medical care to patients with bronchial asthma.

Conclusion. The conducted comprehensive medical and social research made it possible to give a socio-hygienic characteristic to patients with bronchial asthma. Based on sociological studies of patients with bronchial asthma, data on their health status and medical activity were obtained, the organization of medical care was evaluated, and the main factors contributing to the development of this disease were identified.

CHAQALOQLARDA NASAF OLIISH BUZULISHLARI SINDRIMINING
XUSUSIYATLARI

Adilova G.R.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. So'nggi o'n yil ichida neonatal intensiv terapiya va reanimatsiya sohasidagi yutuqlar tufayli erta tug'ilgan chaqaloqlarning omon qolish darajasi sezilarli darajada oshdi.

Biroq tirik qolgan bolalarda surunkali kasallik va nogironlik darajasi yuqoriligicha qolmoqda va hatto eng rivojlangan mamlakatlarda ham sezilarli, doimiy pasayish tendentsiyasiga ega emas. Neonatal davr bronxopulmoner displazi (BPD) kabi o'pka patologiyasi bilan bog'liq bo'lib, u asosan erta tug'ilgan chaqaloqlarda shakllanadi va surunkali kursga ega.

Miya gipoksiya va gipoksiyaga eng sezgir, shuning uchun markaziy asab tizimining (CNS) buzilishlari yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish kasalliklarining doimiy hamrohlari hisoblanadi. Biroq, BPD bilan og'rigan chaqaloqlarning ko'pchiligida og'ir periventrikulyar qon ketish (PVH) yoki periventrikulyar leykomalatsiya (PVL) bo'lmasa, normal neyropsikiyatrik rivojlanish (NDP) ga erishadi. BPD bo'lgan bolalar, hatto miyaning jiddiy shikastlanishi bo'lmasa ham, noqulay nevrologik rivojlanishga ega degan fikr mavjud.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi: neonatal davrda qo'llaniladigan profilaktika va davolash usullariga qarab, hayotning dastlabki uch yilida BPD bilan erta tug'ilgan chaqaloqlarda jismoniy va aqliy zaiflikning xususiyatlarini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Uzluksiz tavsiflovchi kuzatuv epidemiologik tadqiqoti o'tkazilib, uning davomida Andijon shahridagi shahar klinik perinatal markazida davolanayotgan erta tug'ilgan chaqaloqlarning BPD bilan kasallanish tarixi tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot boshida 266 kishidan iborat 25 dan 35 haftagacha bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqlardan iborat guruh tuzildi. Bu bolalar shahar tug'ruqxonalariidan reanimatsiya va shifoxonaning reanimatsiya bo'limida hamshiralikning ikkinchi bosqichiga yotqizilgan.

D vitamini tanqisligi bo'lgan onalardan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqning (f. 097 / y) 20 ta rivojlanish tarixi bo'yicha tahlil o'tkazildi. Tug'ilish xavfi ostida bo'lgan homilador ayolda D vitamini darajasini aniqlash uchun venoz qon namunasi o'tkazildi. homilador ayollar patologiyasi bo'limida kasalxonaga yotqizish paytida.

Tadqiqot 32 haftalik homiladorlik davrida tug'ilgan erta tug'ilgan chaqaloqlarni o'z ichiga oldi - 36 hafta 6 kun, tug'ruq xonasida, neonatal intensiv terapiya bo'limida (NICU) nafas olishni qo'llab-quvvatlashning turli usullarini talab qiladi.

D vitamini tanqisligi bo'lgan onalardan tug'ilgan erta tug'ilgan chaqaloqlarda ham venoz qonda D vitamini etishmovchiligi mavjud va bu etishmovchilikni tuzatishni talab qiladi. Ko'rsatilgan homiladorlik yoshidagi erta tug'ilgan chaqaloqlarning ko'p hollarda tug'ilgandan so'ng darhol nafas olish terapiyasi talab qilinadi, uni davom ettirish bola NICUda bo'lganida ham talab qilinadi. Bolalarning taxminan yarmi tug'ruq xonasida invaziv mexanik shamollatishni talab qildi va erta tug'ilgan chaqaloqlarning 1/3 qismi tug'ilgandan keyin 6 soatdan keyin sirt faol moddalarni qayta kiritishni talab qildi.

Xulosa. Muhim muammoni hal qilish - turli homiladorlik yoshidagi erta tug'ilgan chaqaloqlarda SDR rivojlanishini D vitaminining etariligi bilan solishtirish - SDR rivojlanishining oldini olishga qaratilgan profilaktika choralarini amalga oshirish imkonini beradi.

HOMILADOR AYOLLARDA D VITAMINI YETMASLIGINI KORREKTSIYALASH

Adilova G.R.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. D vitamini tanqisligi dunyoning ko'plab mamlakatlarida sog'liqni saqlash muammosi sifatida e'tirof etilgan bo'lib, homilador ayollarga alohida e'tibor qaratiladi. D vitamini mavjudligining kamayishi dietani etarli darajada iste'mol qilmaslik, uning terida sintezini inhibe qilish va D vitaminining so'rilishiga yoki metabolizmiga ta'sir qiluvchi qo'shimcha omillarning natijasi bo'lishi mumkin.

So'nggi o'n yil ichida homiladorlik davrida D vitamini etishmovchiligini perinatal, homila va neonatal salbiy oqibatlarining keng doirasi bilan bog'laydigan tadqiqotlar olib borildi, ular orasida preeklampsi, homiladorlik qandli diabet, bakterial vaginoz, homila o'sishda kechikish sindromi, kam vaznli tug'ilish, nogironlar. embrion skeletining shakllanishi va suyak massasining kamayishi.

Turli etnik guruhlarga mansub ayollarni D vitamini bilan ta'minlash masalalari, homilador ayollarga ekzogen yuboriladigan vitamin dozasi, terapiyani boshlashning optimal vaqti, foydalanish muddati va homiladorlik, tug'ish jarayoniga ta'siri. homila va yangi tug'ilgan chaqaloq faol muhokama qilinadi.

Tadqiqot maqsadi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda va laktatsiya davrida onalarda D vitamini etishmasligini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. 3 yoshgacha bo'lgan bolalar va ularning onalarini laktatsiya davrida to'liq klinik va laboratoriya tekshiruvini o'z ichiga olgan fokus tekshiruvini ishlab chiqildi.

Tadqiqot natijalari. D vitamini yetishmasligini diagnostikasining 182 ta natijalari tahlil qilindi. D vitamini etishmovchiligi o'g'il bolalarda 59,9% (109 kishi) qizlarda 40,1% (73)ga qaraganda 1,4 baravar ko'p aniqlangan.

Shunday qilib, qayta tug'ilgan onalarda D vitamini darajasi birinchi navbatda 54% (100) tug'ganlarga qaraganda 45% dan (82) 2,2 ga past bo'lganligi e'tiborga loyiqdir. Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda D vitamini metabolizmining vizual belgilari: 65,9% (120) raxit belgilari, 64,8% (118) tishlarning kech chiqishi, 56% (102) da katta fontanelning kech yopilishi. , boshidagi kal yamoqlari 53.9% (98).

Laktatsiya davridagi barcha bolalar va ayollarga uning molekulasida D3 vitamini o'z ichiga olgan preparat buyurilgan. Davolash kursidan so'ng bemorlarni takroriy kompleks tekshirish o'tkazildi, bu D vitamini etishmovchiligini davolashda sezilarli ijobiy natijani ko'rsatdi.

Homilador ayollarda D vitamini tanqisligining oldini olish va bolalik davrida kaltsiyning etarli darajada bo'lishiga erishish nafaqat raxitning oldini oladi, balki osteoporoz xavfini, shuningdek, B vitamini etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan boshqa uzoq muddatli yashirin kasallik jarayonlarini kamaytiradi. homiladorlik.

Bu sog'liqni saqlashning eng muhim profilaktik dasturlaridan biri bo'lishi mumkin. Adabiyotda konsensus yo'qligi sababli, ona va perinatal salomatlikni yaxshilash uchun etarli bo'lgan B vitamini dozasi aniqlash uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi.

Xulosa. Shunday qilib, D vitamini ayollar va bolalar salomatligini optimallashtirish uchun juda keng istiqbolga ega.

PECULIARITIES OF THE DEVELOPMENT OF PREMATURE CHILDREN
WITH THE CONSEQUENCES OF COMBINED PERINATAL PATHOLOGY AT AN
EARLY AGE

Akbarova R.M.
Department of Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, the problem of premature babies is relevant all over the world. Achievements in neonatal medicine, which has been rapidly developing over the past decade in our country (and abroad since the 1970s), have led to a significant increase in the survival rate of premature babies. According to the literature, the frequency of preterm birth in different countries ranges from 5 to 12.3%.

Thanks to the introduction of intensive technologies for the care of premature infants in this area, tremendous success has been achieved, but along with the achievements, new questions have arisen: the state of health and development of premature infants and their quality of life. Thus, the health status of premature infants is characterized by worse indicators than the health of their full-term peers. Gestational age at birth is a significant predictor of health problems in premature preschool children.

Currently, there is more and more evidence indicating that the insufficient physical development of children born prematurely at the stage of inpatient treatment may be the causes of the development of various diseases in the future.

That is why the assessment of the state of health in premature babies by the time they are discharged from the hospital is of particular importance for determining the prognosis of their further development.

Purpose of the study. To determine the features of the physical, neuropsychic development and social interaction with the environment of premature infants with the consequences of perinatal lesions of the central nervous system, which formed bronchopulmonary dysplasia, up to 18 months of corrected age.

Materials and research methods. In the neonatal catamnesis department for premature babies in the city of Andijan, 213 children born with a weight of 1500 grams or less at the age of 4 months to 3 years are under observation, 59 of them are children of the first year of life.

Research results. An analysis of the course of pregnancy and morbidity in very premature babies was carried out. The analysis showed that 89 (41.8%) children were underweight at gestational age at birth. 28 (13.1%) children were born from multiple pregnancy. With a diagnosis of bronchopulmonary dysplasia, 135 children are observed, while the phenomena of chronic respiratory failure are observed in 17 (28.8%) children of the first year of life, and 5 (3.2%) of the second year.

Perinatal lesions of the central nervous system in the form of gross delay in psychomotor development are diagnosed in 34 (15.9%) children. A decrease in physical development was noted in 19 (32.2%) children under one year old and in 37 (24.3%) children thereafter. Early anemia of prematurity in the first year of life was recorded in 59.3% (35), decreasing to 9.1% (14) from 1 to 3 years. Severe retinopathy of prematurity was observed in 21.1% (45) of children.

Conclusion. Risk factors for delayed neuropsychic development can be used at the present stage in assessing the course of BPD and the consequences of perinatal CNS damage in premature infants with combined perinatal pathology in order to optimize their management and reduce the incidence of disability in this cohort of patients in the future.

The use of two methods for assessing volume parameters of external respiration function in clinical diagnostic work with a differentiated approach to choosing a method will allow obtaining objective data on the state of the respiratory system of a premature baby and his physical development up to 18 months of corrected age.

РЕВМАТИК КАСАЛЛИК BOLALAR VA O'SIRLAR SHAXSINI RIVOJLANISHNING XUSUSIYATLARI

*Akbarova R.M. Pediatriya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Tibbiyotning dolzarb va murakkab muammolari orasida revmatik kasalliklarni davolash, masalan, voyaga etmaganlarning idiopatik artriti, tizimli qizil yuguruk, tizimli vaskulit, tizimli skleroz va boshqalar revmatik kasalliklardan aziyat chekadigan bolalarga ijtimoiy yordam berish kiradi.

Ba'zi hollarda bolaning nogironligiga va muntazam, uzoq muddatli kasalxonaga yotqizilishiga (yiliga 1-2 oydan 6 oygacha) olib keladigan surunkali progressiv kasalliklar bo'lgan revmatik kasalliklar bir qator psixologik qiyinchiliklarga ega bo'lib, ularda buzilishlarni rivojlanish xavfini tug'diradi. hissiy-shaxsiy va motivatsion sohalar, muloqot, o'z-o'zini anglashning rivojlanishidagi buzilishlar, ijtimoiy moslashuvning paydo bo'lishi va boshqalar.

Tadqiqot maqsadi. Kasallikning turli zo'rvonliklari bilan bolaning kasallikka bo'lgan reaktisiasining turlarini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Revmatik kasalliklarga chalingan bolalar va o'smirlarning shaxsiy va xulq-atvor xususiyatlarini o'rganishga kompleks yondashuvni amalga oshirish.

Ushbu tadqiqotda biz bolalarning individual va yosh xususiyatlari bilan qiziqdik. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun tekshirishning eksperimental va klinik usuli tanlandi.

Ishda quyidagilar amalga oshirildi: kuzatish strategiyasi (ishtirokchilarni kuzatish, tuzilgan suhbat, so'rov), bayonot strategiyasi (so'rovnomalar, proektiv usullar), tadqiqotning qiyosiy yosh usuli, olingan ma'lumotlarni statistik tahlil qilish usullari.

Tadqiqot natijalari. Voyaga etmaganlar idiopatik artriti bolalarning kasallik va davolanishga bo'lgan munosabatini o'rganish natijalari shuni ko'rsatdiki, 7-11 yoshli bolalar o'z kasalliklarini bevosita, ichki patologiyani tushunmasdan qabul qiladilar. 12-17 yoshdagi o'smirlar artriti jiddiy kasallik sifatida bilishadi, tashqi ko'rinish bilan bog'liq tashvishlarni boshdan kechiradilar va davolanish natijalarini baholashlari mumkin.

Shunday qilib, revmatik kasallik bilan og'rigan bola o'ziga xos qiyinchiliklarga duch keladi, buning natijasida u bir qator psixologik xususiyatlarga ega. Bunday bolalar psixologik yordam olishlari kerak. Biroq, hozirgi kunga qadar revmatik kasalliklarga chalingan maktabgacha yoshdagi bolalarning shaxsini rivojlantirish va xatti-harakatlari masalalari to'liq yoritilgan emas. So'nggi paytlarda kasallikning erta boshlanishi sonining ko'payishi munosabati bilan bu masalalar alohida ahamiyatga ega.

Revmatik kasalliklarga chalingan bolalar va o'smirlarning turli yosh bosqichlarida psixologik qiyinchiliklarning tabiatidagi farqlar o'rganilmagan bo'lib qolmoqda va ushbu toifadagi bemorlarni psixologik va pedagogik qo'llab-quvvatlash dasturi ishlab chiqilmagan.

Tekshirilayotgan bemorlarning (maktabgacha yoshdagi bolalar, kichik maktab o'quvchilari va o'smirlar) keng yosh diapazoni nafaqat revmatik kasalliklarga chalingan bolalarning psixologik xususiyatlarini aniqlashga, balki bolaning yoshiga qarab ushbu xususiyatlarning dinamikasini kuzatishga imkon berdi.

Xulosa. O'smirlar bilan ishlashning guruh shakli muloqot motivatsiyasini oshirish va muloqot qobiliyatlarini rivojlantirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Trening revmatik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga muloqot qilish va birgalikda dam olishga yordam beradi, tengdoshlarini qabul qilish va hissiy qo'llab-quvvatlashni o'rganadi, o'z-o'zini qo'llab-quvvatlash yo'llarini topadi, maqsad qo'yish va unga erishish qobiliyatini rivojlantiradi, o'z kelajagini rejalashtirish, hayotni belgilashga yordam beradi. qadriyatlar va istiqbollari, o'z

tanlovlarini qilish, faol hayotiy pozitsiyani shakllantirish, o'zlarining hissiy holati va ehtiyojlaridan xabardor bo'lish.

IMPROVING THE SYSTEM OF OBSTETRIC CARE FOR PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS

*Asrankulova D.B.
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Socio-economic progress has led to a fundamental change in human reproductive behavior. During the reproductive period in a woman's life, only one or two pregnancies end in childbirth. At the same time, pregnancy often occurs after 30 years. In this regard, there is a need to preserve often a single pregnancy at any cost and by any methods.

In the conditions of the unfavorable demographic situation in the country, the preservation of a woman's health during pregnancy, childbirth and the postpartum period is the basis for effective rehabilitation of reproductive function.

The purpose of the study. To develop new organizational approaches to obstetric care for women with congenital heart defects based on clinical and socio-hygienic analysis of the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes

Material and methods of research. We examined 55 women with congenital heart defects, the control group consisted of 20 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 18 to 49 years.

The results of the study. Women with congenital heart disease were at an early reproductive age (average age 24.6 ± 0.3) and did not differ in marital status, level of education, type of work from pregnant women without congenital heart disease.

In women with congenital heart defects, a complicated course of pregnancy was found in comparison with women without a heart defect: the threat of termination of pregnancy in the 2nd trimester was observed more often by 2 times (20.4% and 10.5%, respectively), anemia of the pregnant woman by 1.4 times (56.1% and 39.1%, respectively), operative delivery by 3 times (54.8% and 18.5%, respectively). Grade I and II heart failure complicated the course of pregnancy in women with congenital heart defects in 63.5% of cases.

In children born to mothers with congenital heart defects, the following are more often detected: 1.7 times intrauterine development delay (in 27.3% of cases in the main group and 16.0% in the control), 1.6 times cerebral ischemia (47.0% in the main group and 29.7% in the control group), 2.6 times congenital malformations (26.1% in the the main and 10.0% of the control group), of which 1.7 times congenital heart defects (17.5% in the main group and 10.0%) in the control group).

An algorithm has been developed for the management of women with congenital heart defects at the stage of pregnancy planning, which is aimed at preventing maternal and perinatal mortality.

Conclusion. An algorithm of pre-pregnancy preparation of women with congenital heart defects, as well as trimester pregnancy management, taking into account the identified complications and perinatal outcomes, is proposed for doctors of antenatal clinics.

A three-stage scheme of obstetric care for pregnant women with congenital heart defects has been introduced.

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
CERVICAL CANCER

Asrankulova D.B.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Cervical cancer is the second most common cause of death from malignant neoplasms among women in the world, second only to breast cancer. According to the International Agency for Research on Cancer, 493 LLC new cases of breast cancer and 274 LLC deaths from it were registered in the world in 2012. The ratio of mortality to morbidity in the world is 55%.

Of paramount importance in the prevention of invasive breast cancer is early diagnosis and timely treatment of patients with dysplasia and preinvasive cancer, which is possible through cytological screening.

The purpose of the study. To study the issues of diagnosis, treatment 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 most informative methods in the staging of cervical cancer are magnetic resonance imaging and three-dimensional echography. The sensitivity of MRI in stage II-III breast cancer was 100%, specificity - 92.3%, accuracy - 92.8%). The sensitivity of three-dimensional echography at stage IIA of cervical cancer was 100%, specificity - 87.5%), accuracy - 85.7%; at stages IIB - IIIB, the sensitivity of 3D echography was 87.5%), specificity - 80%, accuracy - 84.6%. The main echographic sign of the IIB — IIIB stages of cervical cancer was the presence of abnormal blood flow in the parameters detected by 3D ultrasound angiography.

The five-year survival rate in combination treatment with retrograde radical hysterectomy in patients with cervical cancer was: at the Pa stage - 93.8%), at the PI stage - 68.9%, at stage III - 41.7%; in general, in the group - 69.3%, in the absence of metastatic lesion of the pelvic lymph nodes - 89.2%.the reliability of the tumor was 100%; the nature and frequency of complications did not exceed the indicators given in the literature for the early stages of cervical cancer.

It is necessary to widely use combined treatment for cervical cancer, which provides a significant increase in five-year survival (by 20.7%), compared with the use of radiation therapy alone.

An obligatory step in the algorithm of examination of patients diagnosed with cervical cancer should be the use of MRI and / or three-dimensional echography. The use of these methods provides an opportunity to adequately assess the volume of the tumor and the prevalence of the process, which allows you to choose the optimal treatment plan for patients.

Conclusion. The use of surgical treatment in combination with radiation therapy and chemotherapy for cervical cancer leads to an improvement in survival rates. However, the existing methods of clinical diagnosis for cervical cancer of stages II-III do not always reflect the true spread of the tumor, which in many cases leads to unjustified refusal of surgical treatment. Cervical cancer remains a problem requiring the development of new approaches in diagnosis and treatment.

Thus, the urgency of this problem is associated with a high incidence of cervical cancer, an increase in the number of neglected cases, and the unresolved question of choosing the optimal method of treatment for cervical cancer. Improving the effectiveness of cervical cancer treatment is of medical, social and demographic importance.

TYPE II DIABETES MELLITUS AND PREGNANCY: CLINICAL
PERSPECTIVES

Asrankulova S.K.

*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

The purpose of the study. Improvement of obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with type 2 diabetes by developing new approaches to the prediction, diagnosis and treatment of complications of the gestational period.

Material and methods of research. 15 pregnant women were retrospectively examined to achieve the set goal and objectives. 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 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.

The results of the study and their discussion. Risk factors for the severe course of the early neonatal period: lack of achievement of glycemic targets before pregnancy ($p=0.05$), in the I and II trimesters of pregnancy ($p=0.001$), manifestation of type 2 diabetes during pregnancy ($p=0.04$), chronic arterial hypertension or/and chronic obstructive pulmonary disease ($p=0.04$).

Risk factors for the development of preeclampsia: late initiation of insulin therapy from 18 to 26 weeks of pregnancy and later ($p=0.04$), lack of achievement of glycemic targets in the I and II trimesters of pregnancy ($p=0.01$), the presence of chronic arterial hypertension or/and chronic obstructive pulmonary disease, or/ and chronic pyelonephritis, or/and urolithiasis ($p=0.04$), homozygous carriage of the MTGFR gene or/and heterozygous PAI-1 mutation ($p=0.05$), antenatal and postnatal mortality in the anamnesis ($p=0.019$), early delivery in the anamnesis ($p=0.03$).

To predict an unsatisfactory perinatal outcome in type 2 diabetes, the following indicators are significant: hemoglobin ≥ 118 g/l ($p=0.008$), erythrocytes ≥ 4.11 million /ml ($p=0.008$), leukocytes ≥ 11.55 thousand/ml ($p=0.003$), platelets ≥ 340.5 thousand /ml ($p=0.04$), lactate dehydrogenase ≥ 163 units/l ($p=0.04$), total cholesterol ≥ 4.7 mmol/l ($p=0.006$), urea ≥ 3.0 mmol/l ($p=0.02$), uric acid ≥ 292.4 mmol/l ($p=0.005$), potassium ≥ 4.275 mmol/l ($p=0.001$), fibrinogen ≥ 4.2 g/l ($p=0.001$), placental lactogen $\leq 43.2\%$ ($p=0.001$), progesterone $\geq 65.8\%$ ($p=0.008$).

Values of cardiotocographic examination that allow predicting an unsatisfactory perinatal outcome: the number of high episodes < 14.5 ($p=0.0002$). 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.

In pregnant women with type 2 diabetes and chronic arterial hypertension, a significant decrease in the weight and height indicators of the newborn less than the 25th percentile level ($p=0.05$) was revealed. 6. The risk factor for early delivery due to preeclampsia and AFN is the failure to achieve glycemic targets in the I and II trimesters of gestation ($p=0.03$).

Conclusion. Women with type 2 diabetes need to plan pregnancy together with an obstetrician-gynecologist and endocrinologist. Early registration of patients with type 2 diabetes for pregnancy and urgent referral to centers dealing with the problem of diabetes and pregnancy is necessary.

To reduce the frequency of obstetric and perinatal complications in patients with type 2 diabetes (preeclampsia, early delivery, severe early neonatal period), it is necessary to achieve glycemic targets at the planning stage, in the I and II trimesters of pregnancy.

PROGNOSIS DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN

Asrankulova S.K.

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

Relevance. Preeclampsia is a problem of modern obstetrics, occupies a leading place in the structure of maternal and perinatal morbidity and mortality. According to WHO, preeclampsia (PE) accounts for the bulk of all hypertensive disorders during pregnancy.

The frequency of PE in our country ranges from 7 to 16% and has no tendency to decrease due to the growth of severe and erased forms of PE. Severe forms of PE occupy one of the first places in the structure of mortality of pregnant women, women in labor and women in labor. PE is not only a direct cause of maternal mortality, but also an inducer of many cases of massive bleeding and purulent-septic complications. Severe PE increases the frequency of cesarean section operations and the volume of blood loss in childbirth, is associated with premature birth, hypoxic-ischemic fetal injuries, perinatal mortality, low growth and weight indicators of newborns and complications of the neonatal period. The frequency of violations of the physical, psychosomatic development of such children is quite high, this problem is significant in social and medical terms.

The purpose of the study. Reduction of maternal and perinatal morbidity, frequency and severity of complications caused by preeclampsia in pregnant women with early endothelial dysfunction.

Materials and methods of research. From 2020 to 2022, 96 pregnant women were delivered in the AOPC. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

It is obvious that the majority of the surveyed are women from 19 to 34 years old (80%), patients of the late reproductive period (35 years and older) made up 16%.

All pregnant women lived in satisfactory social and living conditions. Most of the patients had secondary (94 people; 38.52%) and secondary special education (27.46%) and were residents of rural areas (57.36%)

The results of the study. In the structure of extragenital diseases in pregnant women with severe PE, the main share was made up of diseases of the cardiovascular system (51.08%), among which hypertension prevailed. Attention is drawn to a large number of patients with obesity (46.77%), up to its morbid forms. It was not always possible to clarify the genesis of obesity and these patients were not assigned to the group of endocrinopathies in isolation on this basis. Kidney pathology (32.26%), mainly chronic pyelonephritis, occupies

the third place among the diseases associated with PE. In addition, there were pregnant women with thyroid diseases, diabetes mellitus (type I and gestational), as well as 16 people (8.6%) with chronic cholecystitis.

The majority of pregnant women in the Stavropol Territory with severe PE 1. (58.2%) have classic symptoms of PE with the presence of the Tsangemeister triad. Severe PE significantly affects the term and method of delivery (70.5% were delivered abdominally, early delivery took place in 61.07% of cases).

The low weight of newborns from mothers with severe PE is characteristic (2240.92 gr., SD 836.66), the majority (65.7%) is estimated by Apgar at 5-7 points, the nursing of children requires a long stay in the hospital with transfer to the second stage of nursing (67.35%) and the use of modern resuscitation measures (ventilators, surfactant preparations).

Conclusions. The pathophysiological mechanisms underlying PE are not fully understood, but it has been established that the most significant pathological processes occurring in the placenta, kidneys, liver and brain are reduced to vascular endothelial disorders.

In the work presented by us, it is proved that in 65-70% of patients with early ETD of varying severity, pregnancy is complicated by PE.

The characteristic features of the course of PE in these patients are the early manifestation of clinical symptoms, the high frequency of premature birth and hypoxic-ischemic fetal injuries, the progression of the severity of EGP in the mother.

In pregnant women with PE against the background of ED, characteristic gestational changes in the maternal central nervous system, endothelial function and blood flow MPP were revealed. The obtained data on the gestational transformation of endothelial function in early pregnancy made it possible to develop a method for predicting PE in patients with early ETD. The criteria we identified for the maladaptation of maternal CG and blood flow MPP formed the basis for the early diagnosis of PE at the preclinical stage (at the end of 2 or at the beginning of 3 trimesters).

CHRONIC LIVER DISEASES OF VIRAL ETIOLOGY IN PREGNANT WOMEN: MANAGEMENT AND TREATMENT TACTICS

Avezova U.A.

Andijan State Medical Institute

Relevance. According to the XI Congress of Hepatology in Australia (Sydney, 2003), there are about 4 billion people on the planet. people have had contact with hepatitis B virus, 400 million people are asymptomatic carriers of hepatitis B virus, from 120 to 180 million people are infected with hepatitis virus. Almost all segments of the population are more or less susceptible to HCV infection.

Chronic diffuse liver diseases are often found in women of childbearing age. The most common form of liver damage is chronic hepatitis of viral etiology, more rare are autoimmune and drug hepatitis, cholestatic forms of damage (primary biliary cirrhosis, primary sclerosing cholangitis), alcoholic liver damage, non-alcoholic steatohepatitis (against the background of obesity, diabetes mellitus), Wilson-Konovalov disease and others.

The last decades have been marked by an increase in the number of infected and suffering from viral chronic liver diseases (CKD), especially among young people, as well as the emergence of a number of new drugs that allow for successful etiopathogenetic treatment of certain forms of liver lesions.

This leads to an increase in the number of pregnant women and women in labor among women suffering from CKD. The peculiarities of the course of CKD in pregnant women, the tactics of managing such patients, in particular, indications for drug treatment and issues of its safety are insufficiently studied.

The purpose of the study. To study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C.

Material and methods: We conducted a retrospective analysis of 75 birth histories with chronic viral hepatitis B and C and 76 (one twin) newborn histories.

The result and their discussion: The average age of pregnant women was 25.1 ± 3.72 years. Chronic viral hepatitis B was diagnosed in 25 examined patients (33.3%), 49 women with chronic viral hepatitis C (65.3%) and 1 woman with viral hepatitis B and C (1.3%).

Social status assessment data revealed problems in the study group: unemployed, excluding housewives - 10 (13.3%); unmarried, excluding civil marriage - 8 (10.7%); most patients had bad habits: smoking in 29 cases (38.7%), alcohol dependence was observed in 4 patients (5.3%), drug addiction was detected in 10 (13.3%) patients.

When analyzing the existing extragenital pathology, it was found that more than half of the women in the group (66.7%) were often ill in childhood and had several childhood infections. Diseases of the cardiovascular system (vegetative-vascular dystonia, hypertension) - 15.9%, diseases of the digestive system (chronic cholecystitis, gastritis) - 13.3% were diagnosed the most frequent in the pregnant women we took into account. Hepatitis A was detected in 18 women (24%). When analyzing women's awareness of the diagnosis of viral hepatitis B or C before pregnancy, only 19 patients (25.3%) from the entire study group knew about the existence of the diagnosis. According to WHO data in developed countries, only 1/4-1/3 of young women are diagnosed with chronic hypertension before pregnancy.

These estimates of reproductive function indicated an almost equal ratio of first- and second-born - 45 (60%) and 30 (40%), respectively. It should be noted that there were only 24 patients (53.3%) among first-time pregnant women, abortion by spontaneous miscarriage - 13.7% or medical abortion - 26.7% prevailed. Gynecological history is burdened in every second patient, the most common were: pelvic inflammatory diseases - 18.6% of cases; sexually transmitted infections - 17.2%.

Testing for markers of viral hepatitis B and C three times (in each trimester of pregnancy) is a routine examination method that allows you to identify asymptomatic carriage of the hepatitis virus, but does not exclude the possibility of further infection.

Viral hepatitis B and C have a negative effect on the course of pregnancy of both the first and second half, causing the threat of termination of pregnancy (13.3%), placental insufficiency (25.3%), moderate and severe preeclampsia (33.3%). In every 3rd pregnant woman (32%), there are changes in the biochemical parameters of the blood (total bilirubin, aminotransfer, alkaline phosphatase, thymol test) in the direction of increase.

Conclusions. A thorough risk assessment in connection with possible pregnancy in patients with cirrhosis of the liver should be carried out before its onset. Patients should receive recommendations on contraception.

If necessary, surgical correction of portal hypertension should be carried out before pregnancy. Pregnant women who have a high risk of bleeding from the veins of the esophagus, termination of pregnancy should be offered in its early stages (up to 12 weeks).

In the later stages of pregnancy, the risk of termination is considered unjustified in such patients. The tactics of labor management in such patients are contradictory. Most authors believe that childbirth through the natural birth canal does not increase the risk of bleeding. With a prolonged II period of labor, it is recommended to apply exit obstetric forceps.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CERVICAL CANCER

Avezova U.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Analysis of statistical data of domestic authors and foreign services, in particular AIRS, GLOB-OCAN (2008), showed that from 2008 to 2011, 529,800 to 530,232 newly detected cases of breast cancer were registered in the world annually.

The incidence of breast cancer in the world amounted to 371,000 cases per year, of which 86% are newly detected cases in developing countries, which is 30,232 cases, according to S.E. Waggoner (2003), more than in 2003 (forecast for 2025 - 719,385). Three quarters of all newly detected cases of breast cancer were registered in developing countries (Latin America and the Caribbean, East and South Africa, South and East Asia), where it accounted for 9 to 15% of all malignant neoplasms (ZNO) in women and was the 2nd cause of cancer death, whereas in developed countries countries - from 2.3 to 4.4%. Similar data have been registered by other Russian and foreign authors.

The purpose of the study. The objectives of our study were to develop an algorithm of organizational forms for the selection of risk groups for the disease of breast cancer and the determination of prognostic diagnostic risk factors for the development of this disease

Materials and methods of research. A cohort retrospective epidemiological study was conducted on the territory of the Republic of Uzbekistan, which consists in determining differences in past contacts of 147 patients with cervical cancer and 169 healthy individuals (control group) with possible factors causing this disease.

The source of the identification of oncological risk factors for cervical cancer among women in the conditions of the Republic of Uzbekistan was a specially developed questionnaire, including 78 signs with 303 gradations, providing complete information on this localization of cancer.

The results of the study. The occurrence of the disease at the age of 50-59 years and 60-69 years is characteristic of breast cancer (DC = 3.3 and 3.3, respectively). Cancer of this localization mainly affects people with secondary education and housewives (DC = 1.44 and 2.0, respectively). Refugees are more likely to suffer from cancer of the reproductive organs (DC = 3.2). Irregular type of menstruation and duration of menstruation for more than 6 days is noted in patients with breast cancer (DC = 2.55 and 2.26, respectively).

Also, the age of menopause in 50-59 years (DC = 5.18), spotting in menopause (DC = 5.78), dysfunctional bleeding in the menopausal period (DC = 5.61), early age of libido (up to 13 years) (DC = 3.79), deposition of adipose tissue on the hips and in the abdominal at 10-12 years of age (DC = 3.37), the number of pregnancies is more than 10 (DC = 4.29), pain in the genital area (DC = 1.18), as well as irregular sex life (DC = 1.15). With cervical cancer, childbirth complicated by cervical trauma (DC = 3.58), bleeding from the genital tract (DC = 3.54), chronic tonsillitis (DC = 4.06), the presence of malignant neoplasms of the lungs and breast (DC = 5.21 and 5.54, respectively) are important.

Assessment of the significance of the psychological factor showed that patients with cervical cancer note insomnia, apathy, tearfulness (DC = 2.11, 2.41, 1.61, respectively).

Thus, the general factors described above can serve as a guideline both during preventive examinations and when women turn to medical workers of the general medical network for analysis and for the purpose of selection into a risk group.

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.

ONA SUTI BILAN BOQISH JARAYONIDA SHIFOKOR MASLAHATLARINING O'RNI

Axmadjonova Z. A.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarlighi: Jamiyatda ona suti bilan boqishga nisbatan to'g'ri munosabatni shakllantirish jarayonini doimo olib borish va bolalarga ona sutining ahamiyatini doimo targ'ib qilish.

Necha asrlardan beri yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ko'krak suti bilan boqish barcha xalqlar orasida keng tarqalgan bo'lib, bu go'daklarning omon qolishi va sog'lig'ini ta'minlagan. Biroq, xx-asrda sun'iy aralashmalar ishlab chiqarish texnologiyalarining yuqori darajada rivojlanishi, ularning keng reklamasi va emizishning ona-bola uchun foydalari haqidagi ma'lumotlarni onaga yetkazish, ayniqsa homilador ayolni laktatsiya jarayoniga va uning tug'ruqdan keyingi samarali emizishi uchun organizmni tayyorlash zarurati tug'ildi. Ammo, pediatrlar tomonidan olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ona sutini sun'iy sutlarga almashtirish juda ko'p asoratlarga olib kelishiga qaramasdan osongina va tez-tez sodir bo'lmoqda. Asoratlarning eng havlisi onalardagi ko'krak saratoni va chaqaloqlardagi erta o'lim xavfi shular jumlasidandir. Bir bolaning kamida 3 oy davomida ona suti bilan oziqlantirish ko'krak saratoni va tuxumdon epithelial saratoni xavfini mos ravishda 50% va 25% ga kamaytiradi. YUNISEFning ta'kidlashicha sayyoramizda tug'ilayotgan har ikki nafar bolaning biri dunyoga kelishining dastlabki daqiqasidanoq ona sutidan mahrum bo'layotgani achinarli holat sifatida ko'rsatib o'tilmoqda. Bunga sabab ko'krak suti bilan boqishdagi qiyinchiliklarni bartaraf qilishda onaning oila a'zolari va tibbiy hodimlar tomonidan qo'llab quvvatlashning sezilarli darajada kamayganini misol keltirish mumkin. Ko'pincha savol tug'iladi: "Emizish - bu tabiiy jarayon! Nima uchun bu bilan ayolga yordam berish kerak?" Albatta, ba'zi onalar chaqaloqlarini hech qanday qiyinchiliksiz ovqatlantirishadi. Ammo ko'plab ayollar, asosan birinchi marta ona bo'lganlar, yosh va ma'lumoti o'rta bo'lgan ayollar yordamga muhtoj bo'ladi. 1989 yilda Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti va Birlashgan Millatlar Tashkilotining Bolalar jamg'armasi (YUNISEF) ko'krak suti bilan boqishni himoya qilish, rag'batlantirish va qo'llab-quvvatlashda onalarga g'amxo'rlik qilish xizmatlarining ahamiyati haqida qo'shma bayonot berdi. Ushbu bayonotda laktatsiya masalalari bo'yicha eng dolzarb ilmiy bilimlar va amaliy tajribalar, homiladorlikdan oldin, homiladorlik paytida va tug'ruqdan keyin onalarni parvarish qilish bo'yicha aniq, umume'tirof etilgan tavsiyalar jamlangan. Ma'lumotlar tibbiyot xodimlari, pediatrlar, akusherlar, hamshiralar uchun mo'ljallangan.

JSST/YUNISEF faoliyati bir necha yo'nalishda amalga oshiriladi:

1. Jamiyatda ona suti bilan boqishga nisbatan to'g'ri munosabatni shakllantirish.
2. Ko'krak suti bilan boqishni qo'llab-quvvatlashda tibbiyot muassasalarining rolini oshirish, tibbiyot xodimlarini tayyorlash.
3. Onalar va onalikka tayyorlanayotgan ayollar uchun emizishning foydalari haqida maksimal ma'lumot berish. Ayniqsa JSST tomonida ishlab chiqilgan samarali ona suti emizishning 10 ta muhim prinsipi bunga yaqqol dalildir.

Tadqiqot maqsadi: Onalar va onalikka tayyorlanayotgan ayollar uchun emizishning foydalari haqida maksimal ma'lumot berish jarayonining laktatsiyaga ahamiyatini tekshirish.

Material va usullar: Namangan shahridagi № 1 tug'ruqhona tadqiqot ob'ekti sifatida tanlab olindi. Asosan birinchi marta ona bo'layotgan 20 ta ayol tanlab olindi. Ulardan 9 nafari 22 yosh, 4 nafari 20 yosh, 3 nafari 19 yosh, 3 nafar 24 yosh va 1 nafar 32 yosh. Ayollarning 17 nafariga tabiiy yo'l bilan, 3 nafariga kessarcha kesish yoli bilan tug'ruq olib borilgan. Ayollardan ona suti emizish borasidagi bilimlarini va ma'lumotlarini, ayni vaqtdagi muammolar haqida anonym tarzda so'rovnoma olindi. 3 kun davomida tug'ruqhona

hamshiralari tomonidan JSST tomonidan ishlab chiqilgan samarali ona suti emizishning 10 ta muhim prinsipi bo‘yicha darslar o‘tildi va yana so‘rovnoma olindi. So‘rovnoma natijalari tahlil qilindi.

Natija: Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda ona suti berishga hech qanday moneligi bo‘lmagan asosan birinchi marta ona bo‘layotgan 20 ta ayol tanlab olindi. Ulardan 9(45%) nafari 22 yosh, 4(20%) nafari 20 yosh, 3(15%) nafari 19 yosh, 3(15%) nafar 24 yosh va 1(5%) nafar 32 yosh. Ayollarning 17(85%) nafariga tabiiy yo‘l bilan, 3(15%) nafariga kessarcha kesish yoli bilan tug‘ruq olib borilgan. Olib borilgan so‘rovnoma ko‘ra mashg‘ulotlardan oldin 13 (65%)nafari ona sutning kamligi haqida, 3(15%) nafar ona bolasining ko‘p uvlashidan, 7(35%) nafar ona ko‘krak uchidagi og‘riqlardan shikoyat qildi va deyarli 18(90%) ta ayol ko‘krak suti bilan emizishni qiyin deb hisoblashyapti va ular bundan tashvishda ekanligini aytishdi. Ona suti mohiyatlari haqida 15 (75%)ta ayol habardorligini aytishdi, lekin to‘g‘ri emizish qoidalarini va qoldiq sutni sog‘ish kerakligini 20 (100%) nafar ayol bilmasligi ayon bo‘ldi. 6 nafar ayolda oksitotsin refleksi belgilari bor edi, lekin 14 ta ayol har ikki ko‘krani emishi va bolaning tez-tez, uzoq vaqt emishini aytishdi. 3 kun mahsus o‘qitilgan hamshiralalar olib borgan mashg‘ulotlardan so‘ng, qayta so‘rovnoma olindi va ayollarda javoblar ancha farqli chiqdi. Natijada yosh onalar ko‘krak sutining afzalliklari, bolani ko‘krakka to‘g‘ri tutish qoidalaridan habardor bo‘ldilar.

Xulosa. Tibbiy hodimlarning olib borgan mashg‘ulotlari ona suti bilan samarali emizish jarayoniga juda foydali ta‘sir qilgan. Tug‘ruqxonada o‘tkazilgan so‘rovnoma homilador ayollar bilan mahalliy patronaj tizimida tushuntirish ishlari yahshi olib borilmaganini ko‘rsatdi. Tug‘ruqxonadan ayollar oz muddatda ketishini inobatga olgan holda asosiy mashg‘ulotlar oilaviy shifokor va hamshiralalar tomonidan olib borilsa maqsadga muvofiq bo‘lar edi. Bu mashg‘ulotlarning samarasi kelajak avlodga kerakli ekanligi mashg‘ulotlar ilmiy va psixologik aspektlarni o‘z ichiga olgan holda o‘tkazilishini va ma‘suliyat bilan yondoshishni taqozo etadi.

HOMILADOR AYOL VA BOLALARDAGI XAVF OMILLARINI ANIQLASH.

*Axunjonova H.A, Saydullayeva K.M, Xojimatov X.O. Bobojonova F.Sh.
FJSTI Ovqatlanish, bolalar va o‘smirlar gigiyenasi kafedrasi assistentlari*

Annatsiya: Homilador va yosh bolali ayollar xonadoniga patronaj tashrifi, homilador ayollar va yosh bolali oilalarda xavf omillari.

Kalit so‘zlar: Universal model, patronaj hamshira, xavf omillari.

Universal modeli barcha bolalar va homilador ayollarni qamrab olishni ko‘zda tutadi. Tashriflar soni – patronaj hamshirasi homilador ayolga 2-marta, ya‘ni homiladorlikning 12 haftasi va 32 haftasida tashriflarni amalga oshirsa, 5 yoshgacha bo‘lgan bolalari bor oilalarga esa 12 ta tashrifni, shuningdek, chilla davridagi ayollar uchun 3-marta – tug‘ruqxonadan chiqqandan so‘ng birinchi 3 kunda, tug‘ruqdan keyin 15 kunda va tug‘ruqdan keyingi bir oyda tashriflarni amalga oshiradi. Yosh bolalar bor bo‘lgan oilalarga tashrifni amalga oshirishda patronaj hamshirasi har doim o‘z ishini umumiy xavf belgilarini tekshirishdan boshlashi kerak va biror-bir umumiy xavf belgisi yoki kasallik belgilari aniqlansa, “Tez yordam” xizmatini chaqirishi yoki zudlik bilan shifokor qabuliga yuborishi lozim. Agar ular aniqlanmasa, patronaj hamshirasi o‘z ishini universal model rejasiga ko‘ra davom ettiradi. Homilador va tuqqan ayollarga tashrif ham shu ketma-ketlikda olib boriladi. Homilador ayolning hayotiga xavf soluvchi belgilar borligini aniqlashda ayolning ushbu davrida noto‘g‘ri ovqatlanishi orqali yuzaga keladigan muammolarga alohida e‘tibor qaratish zarur. Shuningdek, homiladorlik davrida depressiyaga tushish, zararli odatlar hamda ijtimoiy xavflarga ham diqqat qilinadi. Tuqqan ayol yoki ota-ona va 5 yoshgacha bolada xavf omillarini baholashda bola va chilla davridagi ayolning hayotiga xavf soluvchi belgilarni ko‘zdan kechirish zarur. 6 oygacha bo‘lgan bolalarni istisnosiz ko‘krak suti bilan emizish masalasi, 6 oydan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarning qo‘shimcha ovqatlantirish

muammolari, bolani emlash, oiladagi ota-onalarning depressiya holati hamda bola uchun xavfsiz muhit yaratilganiga alohida e'tibor qaratish zarur. Shuningdek, farzandni tarbiyalashda mehr ko'rsatish, so'zlashish, o'yin o'ynash va kitoblar o'qishning ahamiyati, ota, buvi va bobolarni bola tarbiyasidagi o'rni hamda uning jismonan va ruhan barkamol bo'lib voyaga yetishiga to'sqinlik qiluvchi omillar – qo'pol muomala, e'tiborsizlik, qo'rqitish, qo'l ko'tarish holatlari kuzatilmayotganiga ham amin bo'lish zarur. Bir so'z bilan aytganda, yangi patronaj tizimi mamlakatimizda onalik va bolalikni himoya qilish, reproduktiv salomatlikni saqlash sohasini yangi bosqichga ko'taradi. Yangi tug'ilgan chaqaloq patronaji bola umrining birinchi oyida umumiy amaliyot shifokori hamda hamshira tomonidan olib boriladi. Shifokor ona va bola tug'ruqxonadan chiqqandan keyin dastlabki 3 kun ichida, keyinchalik 21 va 28-kunlari chaqaloqni ko'rikdan o'tkazadi. Patronaj hamshira chaqaloq hayotining 30-kunigacha har hafta bolani uyiga borib, tekshirib turadi. Chaqaloq bir oylik bo'lgach, ona va bola poliklinikaga shifokor ko'rigiga taklif etiladi. Har bir umumiy amaliyot shifokori o'z hududida yashovchi aholi to'g'risida ma'lumotlar bazasini shakllantirib, "oila pasporti"ga qayd etadi. To'plangan ma'lumotlar asosida shifokor o'zining yillik "Patronaj va profilaktik ko'riklar rejasi"ni tuzadi. Bunda o'zgalar parvarishiga muhtoj bo'lgan yolg'iz qariya, nogiron shaxslar, bir yoshgacha bolalar, nogiron bolalar, homilador ayollar patronaji – bir oyga bir marta, yangi tuqqan ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar patronaji – tug'ruqdan keyingi 452 kun davomida 36 marta, emlashdan keyingi nazorat – emlangan kundan so'ng uch kun davomida amalga oshiriladi. Patronaj hamshirasi nafaqat palataning ahvolini, balki yashash sharoitlarini ham kuzatib boradi. Shuningdek, uning vazifalariga davolovchi shifokorga bemorning sog'lig'i o'zgarganligi to'g'risida o'z vaqtida xabar berish, barcha kerakli dori-darmonlarning mavjudligini va qabul qilinishini nazorat qilish, bemorga psixologik yordam ko'rsatish va qarindoshlariga unga g'amxo'rlik qilishning zarur tartiblarini o'rgatish kiradi. Uni yashash joyingizdagi kasalxonadan, pullik patronaj xizmatidan, xayriya notijorat tashkilotidan yuborish mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqni patronaj qilish - bu jamiyatda bepul ko'rsatiladigan majburiy sog'liqni saqlash dasturi. Uyga kelgan pediatr yangi tug'ilgan chaqaloqni tekshiradi, onasining ahvolini tekshiradi va bolani parvarish qilish uchun zarur tavsiyalar beradi. Peditrning birinchi tashrifi yangi tug'ilgan chaqaloq va onasi kasalxonadan chiqarilgandan keyin uch kun ichida amalga oshiriladi. Shundan so'ng, oy davomida patronaj hamshira uyga yana bir necha bor keladi. Tibbiy patronaj xizmati inson salomatligini asrash, kasalliklarning oldini olish va xalqimiz salomatligini muhofazalashda muhim o'rin tutadi. Ushbu yo'nalishda ishlar talab darajasida yo'lga qo'yilsa, jamiyatdagi ko'plab tibbiy-ijtimoiy muammolarning oldi olinadi. Xususan, ona va bola o'limining oldini olish, kasalliklarni keskin kamaytirish, jamiyatda sog'lom turmush tarzini qaror toptirishda sezilarli natijalarga erishiladi. Unga ko'ra, endilikda patronaj ishlari uch bosqichda amalga oshiriladi. Birinchi bosqichda aholi har olti oyda xatlovdan o'tkaziladi. Unda aholi orasida patronaj ko'magiga ehtiyojmand qatlam aniqlab olinadi. Ikkinchi bosqichda patronaj hamshira, umumiy amaliyot shifokori va tor mutaxassislar ishtirokida aholi xonadonida maqsadli patronaj tadbirlari tashkil etiladi. Unda patronaj parvarishga muhtoj yolg'iz qariyalar, nogironlar va o'zgalar parvarishiga muhtoj shaxslar, 1 yoshgacha va nogiron bolalar, homiladorlar, yangi tuqqan onalar patronaj bilan qamrab olinadi. Maqsadli patronaj har haftada, belgilangan reja asosida tashkil etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. “Reoblitatsiya, massaj va mexnat bilan davolash” F.SH.Bahadirova O'quv qo'llanma 2003-yil.
2. K.E.Ulxo'jaeva, B.T.Xudoyberganova “Fizioterapiya va tibbiy rehabilitatsiya

O‘SMIRLARDAGI OSHQOZON-ICHAK TRAKTI KASALLIKLARINING
FARMAKOEPIDEMIOLOGIYASI

Baxavadinova Z. M.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarliligi. O'smirlik psixologik nuqtai nazardan ham, ijtimoiy nuqtai nazardan ham muhimdir, bu esa salbiy omillar majmuasiga yuqori sezuvchanlikni belgilovchi muayyan, aniq anatomik va fiziologik xususiyatlarning mavjudligi bilan izohlanadi.

Sog'liqni saqlashni rivojlantirishning zamonaviy bosqichi davolash jarayonining sifatini oshirishni nazarda tutadi, bu nozologiyaning farmakoepidemiologiyasini o'rganish zarurligini belgilaydi. Shu bilan birga, farmakoterapiya tibbiy yordamning asosiy yo'nalishi bo'lib, faqat dori-darmonlarni to'g'ri tanlash va mutaxassisning shaxsiy taktikasi va terapiya strategiyasini to'g'ri tanlash bilan, dalillarga asoslangan tibbiyot standartlariga muvofiq.

Bolalarda oshqozon-ichak trakti patologiyasida sezilarli miqdordagi tadqiqotlarga qaramasdan, tarqalishni o'rganish, uning shakllanishida ishtirok etadigan xavf omillari, terapevtik va profilaktik yordamni optimallashtirish va ovqatlanish va farmakoepidemiologik ma'lumotlardan foydalanish nuqtai nazaridan davolash usullarini ishlab chiqish dolzarbligicha qolmoqda.

Tadqiqotning maqsadi. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari va farmakoepidemiologiyasini chuqur o'rganish asosida ovqat hazm qilish organlari patologiyasi bo'lgan o'smirlarga davolash-profilaktika yordamini optimallashtirish bo'yicha chora-tadbirlarni ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot davomida oshqozon-ichak trakti faoliyatining buzilishining ayrim belgilari yuzaga kelishining chastotasini tahlil qilish; javob beruvchining yoshi va jinsiga bog'liq semptomlarning namoyon bo'lishiga bog'liqligini tavsiflash; simptomlarning rejim va parhez bilan bog'liqligini aniqlash va tahlil qilish; simptomlarning kelib chiqishining xulq-atvoriga bog'liqligini tahlil qilish (sport, ovqatdan keyingi xatti-harakatlar, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va chekish).

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijalari kasallikning reytingida ayrim tender va yoshdagi farqlarni aniqladi: qizlar tez-tez shifokorga (52% hollarda) yoshlarga qaraganda (48%) ko'proq murojaat qilishadi. Qizlar tez-tez yosh bolalar tashxis ko'ra, ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari (mos ravishda 6% va 4,4%) va Urogenital tizimi (mos ravishda 3,1 va 1,2%). Yoshlarda-jarohatlar (4,6% qizlarda 2,6% ga nisbatan) va yuqori nafas yo'llarining o'tkir respirator kasalliklari (68,8% qizlarda 66,8% ga nisbatan). 15 yoshli o'smirlar 16 va 17-yillardagi o'smirlardan (39%, 36% va 25%) ko'ra shifokorga ko'proq murojaat qilishadi.

So'rov natijalarini tahlil qilish salomatlikka nisbatan beparvolikni ko'rsatadigan xatti-harakatlarning ayrim modellarini aniqlashga imkon berdi. Kechki ovqat atıştırma liklar ($p < 1$ da $0,28 = 0,05$) va xun e'tiborsizligi ($p < 0,26$ da $g = 0,05$) yordamida to'g'ridan-to'g'ri zaif aloqa bilan bog'liq; tezkor oziq-ovqat mahsulotlariga ($p < 0,28$ da $g = 0,05$) va soslar ($p < 0,19$ da $g = 0,05$). Ovqatdan keyin yotish odatiga ($r = 0,28$ da $p < 0,05$ da) va kechki ovqatdan ($r < 0,19$ da $g = 0,05$) zaif to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjud. (6,83%), tez oziq - ovqat (75%) va ziravorlar (100%), kechki oxirgi ovqat (ayniqsa, muhim — uning asosiy hajmi) uchun odat-19,7% va ovqatdan keyin yolg'on odatlar (25%) o'rtasida ovqatlanish odat uyg'unligi bilan xarakterlanadi o'smirlar uchun.

Yoshlar orasida spirtli ichimliklarni iste'mol qilish keng tarqalgan bo'lib, imtiyozlardagi ayrim farqlar aniqlanadi: yoshlar ko'pincha pivo (47,5%) va kuchli spirtli ichimliklar (15,6%), qiz - spirtli kokteyllar (33,4%). Spirtli ichimliklarni iste'mol qilmang 14,3% yoshlar va 37,8% qizlar. Tadqiqot natijalariga ko'ra, yoshlar va qizlar uchun pivo iste'mol qilish yoshi bilan ortadi ($r < 0,14$ da navbati bilan $g = 0,13$ va $g = 0,05$).

Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish o'smirlarning qo'shadi harakatlarining bir qismidir; tadqiqotda bu fakt chekish bilan bevosita o'rtacha bog'liqlik mavjudligi bilan tasdiqlangan

($p < 0,44$ da $g = 0,05$). So'rovda qatnashgan 24,1% yoshlar har kuni chekishadi, qizlardan har kuni 13,8% ($p < 0,05$) chekishadi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, qorin og'rig'i ($p < 0,22$ da $g = 0,05$), qorin og'rig'i uchun ogohlantiruvchi omil sifatida ochlik hissi ($p < 0,28$ da $g = 0,05$), kamdan-kam ovqatlanish ($r = 0,19$ da $p < 0,05$), tez-tez uzoq muddatli tanaffuslar oziq-ovqat ($r = 0,18$ da $p < 0,05$), oshqozon ekishi ($p < 0,16$ da $g = 0,05$), antasidlardan foydalanish ($p < 0,22$ da $g = 0,05$). 70,5% yoshlar va 81,2% qizlarning tadqiqotiga ko'ra chekmang.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, oshqozon-ichak trakti bilan bog'liq muammolar paydo bo'lganda, o'smirlar orasida dori-darmonlarni o'z-o'zidan qabul qilish keng tarqalgan. Faqat 28% yoshlar va 10% qizlar og'riqni yo'qotish va oshqozon-ichak traktining disfunktsiyasi bilan bog'liq turli xil noqulayliklarni bartaraf etish uchun dori-darmonlarni qo'llamadilar.

Xulosa. Olingan ma'lumotlarga asoslanib, o'smirlarning ovqatlanish xulq-atvorining stereotiplarini tuzatish bo'yicha takliflar ishlab chiqildi.

Tadqiqot materiallari ovqatlanish xulq-atvorini baholash klassifikatorini ishlab chiqishga va ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bo'lgan o'smirlarga tibbiy-profilaktika yordamini tashkil etish uchun algoritm yaratishga imkon berdi.

RATIONAL CHOICE OF THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION OF THE FIRST DEGREE IN ADOLESCENTS

*Bakhavadinova Z.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Outpatient daily blood pressure monitoring (SMAD) using portable blood pressure monitors is a modern and promising direction to improve the quality of hypertension diagnosis in adolescents and control over antihypertensive therapy.

Blood pressure in children and adolescents has a high individual (during the day) and intrapopulation variability. This complicates both the diagnosis and the development of tactics for the treatment of arterial hypertension in children and adolescents.

Currently, antihypertensive drugs (adrenergic agents, blockers of the renin-angiotensin system, calcium ion antagonists) are widely used in therapeutic practice for the treatment of hypertension, chronic heart failure, cerebral circulatory disorders, chronic diffuse liver diseases.

The generally accepted prerequisite for the use of these groups of drugs is their beneficial effect on systemic, regional hemodynamics and factors of humoral regulation of blood circulation. However, the experience of using these drugs in pediatrics to correct high blood pressure is still insufficient. There are no clear indications for prescribing these drugs to adolescents, criteria for the adequacy of pharmacotherapy have not been developed.

The purpose of the study. Improving the effectiveness of first-degree hypertension therapy in adolescents based on the assessment of the daily blood pressure profile, 24-hour arterial tone rhythm and anxiety level.

Materials and methods of research. According to the results of the survey, it was revealed that among 447 adolescents referred with a diagnosis of "Arterial hypertension", only 64% (286 people) had a diagnosis confirmed in accordance with the criteria presented in the AODB.

The results of the study. The traditional measurement of blood pressure according to N.S.Korotkov is a low-sensitivity method for detecting arterial hypertension in adolescents. Daily blood pressure monitoring confirms the diagnosis of first-degree hypertension in only 53% of patients.

Arterial hypertension of the first degree in adolescents is characterized by an increase in the average daily SAD by 12%, an insufficient nighttime decrease in SAD and DAD (SI 8.2%

and 9.8%, respectively), an increase in the average daily arterial tone by 66.3% and a high level of personal and reactive anxiety.

Course therapy of arterial hypertension of the 1st degree in adolescents with enalapril led to a significant decrease in the average daily SAD by 4.7% and DAD by 3.8%. The drug normalizes the daily SAD profile, increasing the daily SAD index to 12.1%, and DAD to 14.4%, reduces the load of SAD by 49.2% and DAD by 49.4% (according to the time index). The hemodynamic basis of the hypotensive effect of enalapril is a decrease in the average daily value of arterial vascular tone by 28.9%. Enalapril does not affect the heart rate. The drug does not reduce the anxiety level of adolescents with arterial hypertension of the first degree.

Enalapril with course therapy of arterial hypertension of the first degree in adolescents normalizes blood circulation in the brain, increasing arterial blood filling of the hemispheres by 20.9%, reducing blood flow asymmetry by 36.8%, reducing arterial tone by 37%, eliminating venous congestion.

Cinnarizine in adolescents with grade I arterial hypertension moderately reduces systolic blood pressure by 3.3%, normalizes the daily profile of systolic blood pressure, increasing the degree of nocturnal decrease in SAD to 11.09%. The drug reduces the increased load of SAD by 33.3%, reduces the value of the average daily arterial tone by 22.9% and normalizes the level of reactive anxiety.

Conclusion. Characteristic hemodynamic disorders were revealed in connection with deviations in the indicators of daily monitoring of blood pressure in adolescents with arterial hypertension of the first degree.

As a result of the conducted studies, the criteria for the effectiveness of the use of enalapril and cinnarizine for the choice of rational treatment of hypertension of the first degree in adolescents are proposed.

"POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS"

Djuraeva D.L.

*Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers. Uzbekistan,
Department of Obstetrics and Gynecology*

Objective: To study polycystic ovary syndrome in adolescent girls. An assessment of the course of pubertal and adolescent period in patients with this pathology was carried out.

Methods: 86 adolescent girls aged 12 to 19 years with polycystic ovary syndrome were examined.

Conducted: inspection (with an assessment of body mass index and hirsutae number), ultrasound of the pelvic organs, as well as determining the level of gonadotropic and steroid hormones in the blood.

Results: Anamnestically, all patients showed a high infectious index (ARI, chronic tonsillitis, childhood infections) during the pubertal period. The age of menarche did not differ from the population (11–13 years), but all the subjects had oligomenorrhea. Hirsutae number was increased 1.5 - 2 times, the presence of acne on the skin. Marked progression of hirsutism after menarche. Changes were revealed in the ovarian tissue: many small cystic inclusions, an increase in the size of the ovaries. An increase in the levels of luteinizing hormone, testosterone was detected in the blood. The treatment was aimed at creating a rational mode of study and rest, including the use of herbal sedatives, the normalization of body weight, cyclic vitamin therapy. In 12 patients aged 16–17 years (more than 5 years after menarche), hormone therapy (Ciproterone acetate) was prescribed in intermittent courses.

Conclusions: in adolescent girls with ovarian hyperandrogenism, due to polycystic ovaries, a complicated course of puberty and adolescence is observed. Treatment should include a rational diet, non-hormonal therapy. With a disease duration of more than 5 years, rational prescription of hormonal drugs is shown.

IMMUNOLOGICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE PHENOTYPES OF WHEEZING SYNDROME IN CHILDREN

Esakhanov Sh.N, Karimova N.I, Shamsiev F.M.

*Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics of the
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan*

Keywords: wheezing syndrome; phenotype; immunity; bronchophonography; children.

The aim of the study was to study the immunological and acoustic features of various phenotypes of wheezing syndrome in children from 3 to 5 years old.

Materials and methods. 260 patients aged 3 to 5 years with persistent symptoms of wheezing syndrome were examined. The children were assessed for IgE, IL-4, IL-5, γ -IFN, assessment of the functional state of the respiratory tract using computer bronchophonography (CBFG) (Pattern-1 device).

Results. Hereditary allergic history was burdened in 30.38% of children. In children with multifactorial wheezing (MW), aggravation was observed more often - in 60.81% than in those studied with episodic wheezing (EW) 17.74%. 35% suffered from allergic diseases. Among patients with MW, their own allergic history was burdened in 83.78% of children, with EW – only in 13.97%, while AtD occurs in 34.1% and 9.14%, AR – in 27.1% and 6.9%, respectively. The study also revealed immunological features characteristic of each phenotype. Initially, the levels of IgE, IL-4, and IL-5 were significantly higher in all patients with MW compared to patients with EW. The content of γ -IFN was characterized by significant diversity, there were no statistically significant differences between the study groups, but this indicator was generally lower than in healthy children. In the study of the functional state of the respiratory system by the CBFG method, an increase in the ACRD coefficient in the high-frequency range was noted in all patients with MW, compared with the EW and the control group, which is associated with the presence of bronchial hyperreactivity in children with MW. The revealed features indicated the presence of bronchoobstructive syndrome, in particular latent bronchospasm. When conducting a broncholytic test in these patients, a decrease in ACRD in the high-frequency range was noted, which indicated the reversibility of the identified bronchial obstruction.

Conclusions. With the phenotype of MW, more often than with EW, there is an aggravation of the hereditary allergic history. When comparing the immunological parameters of the phenotypes of wheezing syndrome, a higher level of IgE, IL-4, IL-5 in the MW phenotype was revealed. A comparison of the values of ACRD with CBFG in the high-frequency range is more significant with MW, indicating bronchial hyperreactivity, and a positive test with a bronchodilator indicates latent bronchospasm.

YOSH BOLALARDA TEMIR TANQISLIK KAMONLIGI MUAMMOSI

Farmonqulova Yo.R.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Surunkali uyqusizlik, ishning buzilishi, ovqatlanish va turmush tarzi bilan bog'liq boshqa omillar nevropsikiyatrik kasalliklarning rivojlanishiga, immunogenez jarayonlarining buzilishiga olib keladi.

Emotsional va intellektual buzilishlar tufayli miyaning axborotni haddan tashqari yuklanishi axborot nevrozlariga olib keladi. Ushbu patologik sharoitlar aqliy, jismoniy, asabiy ortiqcha kuchlanish tufayli somatik va vegetativ o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Ushbu havolada oxirgi o'rin temir tanqisligi anemiyasiga (TTA) tegishli emas, bu bemorning hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Gematolog tomonidan qabul qilinganda, siz TTA bilan og'rigan bemorning ota-onasidan ushbu kasallik oilaviy xususiyatga ega ekanligini va davolanishni talab qilmaydigan odatiy holat, "irsiy" deb hisoblanishini qayta-qayta eshitishingiz mumkin.

Tadqiqot maqsadi. Yosh bolalarda temir tanqisligi kamqonligining (TTA) gender xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz IDA bilan kasallangan 192 bolani klinik va laboratoriya tekshiruvini o'tkazdik: I guruh - engil kamqonlik bilan kasallangan 17 bola (Hb 90-110 g / l, Er 3,0x10¹² / l), II guruh - 102 o'rtacha kamqonlik (Hb 70-90) g/l, Er 2,5-3,0x10¹²/l) III guruh - 75 nafar og'ir IDA (Hb < 70 g/l, Er < 2,5x10¹²/l).

Tadqiqot natijalari. Aniqlanishicha, 102 nafar bemor - shahar aholisi, engil (14,5%) va o'rtacha (66,0%) kamqonlik ko'proq, og'ir kamqonlik - 19,5%; Qishloq aholisining 90 nafar bolasida o'rtacha (39%) va og'ir (61%) darajalari ko'proq qayd etilgan.

Boladagi anemiya chastotasi va onada anemiya ($r = +0,99$, $p < 0,001$) va preeklampsi ($r = +0,76$, $p < 0,001$) mavjudligi o'rtasidagi bog'liqlik aniqlandi; perinatal ensefalopatiya ($r = +0,90$, $p < 0,001$), raxit ($r = +0,86$, $p < 0,001$), ichak disbiyozi ($r = +0,66$, $p < 0,001$); sun'iy oziqlantirishning erta boshlanishi ($r = +0,78$, $p < 0,001$).

Barcha kasal bolalarda zaiflik, letargiya, ishtahani yo'qotish, teri va shilliq pardalarning rangsizligi shikoyatlari bor edi; mushaklarning gipotenziviyasi (82,3%), o'rtacha taxikardiya va sistolik funksional shovqin (76,6%), quruq sochlar (48,3%), ich qotishi (21,2%).

Umumiy qon testida gemoglobin va eritrotsitlar darajasining pasayishi bilan birga, bolalarning 78 foizida gipoxromiya, anizositoz va turli darajadagi poikilotsitoz (81%) aniqlangan. Qon zardobidagi temir darajasi 56% hollarda normal edi, qolganlarida esa 6,3 mkmol/l gacha pasaygan.

Xulosa. Mutaxassislarining o'quv jarayoni nuqtai nazaridan, mintaqaviy darajada birlamchi tibbiy yordam shifokorlarining IDAning erta namoyon bo'lishi masalalari bo'yicha bilimlarini mustahkamlash muhim ahamiyatga ega.

Hayotning birinchi yilidagi bolalarni dispanser ko'rikdan o'tkazish dasturida erta tug'ilgan chaqaloqlarni, kam vaznli tug'ilgan bolalarni, homiladorlik davrida kamqonlik bilan og'rigan onalarning homilador bo'lish xavfi bo'lgan bolalarni gematolog tomonidan ko'rikdan o'tkazish kerak. uzoq davom etgan fiziologik sariqlik, katta tana vazni bilan tug'ilgan yoki ortiqcha vazn ortishi bilan tug'ilgan, sun'iy va aralash oziqlantirishda bo'lgan, ikkilamchi pielonefrit va irritabiy ichak sindromi bilan 1 va 6 oylik bolalar.

DIAGNOSTIC ASPECTS AND THERAPEUTIC TACTICS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES FROM A MODERN PERSPECTIVE

Gofurova Sh.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. In the structure of gynecological pathology, endometrial hyperplastic processes (GPE) occur with a frequency of 15-40%. According to the circulation data, the frequency of GPE varies depending on its form and the age of a woman from 10 to 30%. Endometrial hyperplastic processes are most often detected at the age of 45-55 years. According to some authors, this pathology occurs in 50% of patients in the late reproductive and perimenopausal period. At the same time, the constant development of new technologies

in medicine allows us to revise the well-known postulates of diagnosis and treatment of various diseases.

The purpose of the study. To study modern methods for early diagnosis of endometrial hyperplastic processes.

Materials and methods of research. To solve these tasks, we examined 60 women diagnosed with endometrial hyperplastic processes.

Results and discussion. The main clinical manifestations of endometrial hyperplastic processes in glandular hyperplasia are acyclic bloody discharge (41.9%), with polyps - bleeding in peri- and postmenopausal (43.3%), with atypical hyperplasia - bloody discharge in the intermenstrual period (36.9%). The most significant risk factors for the development of endometrial hyperplastic processes are: age over 42 years, gynecological diseases (uterine fibroids - in 26.7%, inflammatory processes - in 14.3%, menstrual function disorders - in 10.5%, infertility - in 7.6%), concomitant extragenital diseases (obesity - in 30.5%, hypertension — 10.5% and 7.6% have diabetes mellitus).

When determining the dependence of various factors affecting the long—term results of treatment of patients with endometrial cancer, two clusters were identified (the first included age, treatment methods, duration of the disease, concomitant oncological diseases; the second - the histological form of the tumor, stage, metastases and relapses of the disease). The results of the correlation analysis indicate a decrease in life expectancy with an increase in the age of patients, a decrease in the degree of differentiation of the tumor, an increase in the stage of the disease.

It has been established that mutant alleles of the genes SUR1A1 and O8TR1 in homozygous and heterozygous states, as well as deletion of the SBTS gene in the homozygous state are more common among patients with endometrial cancer.

The complex use of clinical and laboratory, instrumental methods (transabdominal and transvaginal ultrasound, Dopplerometry, hysteroscopy) allows you to choose the optimal methods for the diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes, including endoscopic, which significantly reduces the risk of recurrence of this pathology. The development of an endometrial tumor increases the formation of reactive oxygen species in the homogenate of its tissue, and at the same time reduces the antioxidant activity.

In patients with endometrial cancer, there were significant differences in the levels of hormones of the anterior pituitary gland (LH), peripheral endocrine glands - ovaries (E2, PG) and thyroid gland (T4). Patients with cancer and atypical endometrial hyperplasia retain a certain regulatory relationship in the pituitary - ovarian system in the form of the inhibitory effect of sex hormones on the secretory activity of the pituitary gland. The high relative and absolute prevalence of estrogens in the blood serum in patients with endometrial cancer correlates with pathological changes in the endometrium.

The proposed algorithm for the diagnosis and treatment of patients with endometrial hyperplastic processes and endometrial cancer showed high efficacy of hormone therapy for glandular endometrial hyperplasia and uterine size up to 8-10 weeks of pregnancy at reproductive age in 70.5%, in perimenopause - in 68.2%, as well as endometrial resection (ablation) - in 90.6%; hormone therapy for endometrial polyps and the size of the uterus before 8-10 weeks of pregnancy in reproductive and perimenopausal ages - in 80.0%, hysteroscopic polypectomy in postmenopausal - in 85.7 %; hormone therapy for atypical endometrial hyperplasia and uterine size up to 8-10 weeks of pregnancy in reproductive and perimenopausal ages - in 70% - 90%.

Conclusion. Currently, there is a need to detail and revise modern methods of examination, diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes.

The proposed systematized approach and the developed algorithms for the management and treatment of this group of patients make it possible for a detailed and comprehensive approach to the prediction and formation of endometrial hyperplastic

processes at early stages of development, timely systemic treatment and prevention of recurrence in different age categories.

POSSIBILITIES OF PREVENTION AND METHODS OF DIAGNOSIS AND PREVENTION OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN

Gofurova Sh.M.

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute*

Relevance. To date, one of the main directions of personalized medicine in obstetrics remains the search for effective predictors of the development of preeclampsia (PE), which will allow taking preventive measures from lifestyle correction to specific therapy to reduce the risk of PE or reduce the severity of its course.

The purpose of the study. To study the prevention and diagnostic methods of preeclampsia and to develop methods of modern therapy.

Materials and methods of research. The study (a combination of prospective and "case-control") involved 65 pregnant women who were registered in the antenatal clinic and/or delivered in the AOPC. During this period, 244 women were diagnosed with severe preeclampsia, which is 0.98% of all hospital deliveries. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

The results of the study. In the majority of the subjects, the menstrual cycle was regular and normalizing, a violation of the cycle by the type of opsomenorrhea occurred in 3 (1.48%) cases, dysmenorrhea was observed in 5 (2.46%) cases.

Analyzing the gynecological history, it should be noted that 124 (61.08%) patients with severe PE had a history of gynecological diseases, 24 (11.82%) of them had a history of infertility (lasting from 2 to 17 years).

In a quarter of the subjects with upcoming repeated births, the previous pregnancy ended with a caesarean section operation, the indication for which in 11 people was severe PE. In total, in the anamnesis, this complication of pregnancy occurred in 20 patients and developed again during this pregnancy, in 3 of them severe PE led to antenatal fetal death during previous pregnancies.

In our study, we observed several clinical variants of PE: the classic Tsangemeister triad was observed in 58.2% (142 women) of cases, the edematous-proteinuric form occurred in 14.75% (36 cases) of observations, on the basis of isolated high hypertension, the diagnosis of severe PE was made in 16.8% of cases (other criteria of severe PE).

In pregnant women with severe PE, the concentration of antiangiogenic factor in blood serum is significantly higher compared to sFlt-1 in pregnant women without hypertensive disorders (4362 ± 570.12 and 1080 ± 435 pg/ml, respectively; $p < 0.05$), the value of the sFlt-1/VEGF ratio is almost 6 times significantly higher in patients with severe PE (503 ± 67 and 86.22 ± 11.81 , respectively; $p < 0.01$).

In severe PE, the serum level of adhesion molecules of endothelial dysfunction indices is higher, a high positive relationship is determined between them ($r = 0.74$; $p < 0.0001$), a significant difference occurs when considering sVCAM-1 (1391 ± 308.33 and 966.2 ± 165.22 ng/ml, respectively; $p < 0.05$).

Conclusion. Despite the statistically significantly higher risks of PE development during the initial examination of pregnant women in the first trimester, the use of comprehensive prevention of PE development using low doses of aspirin, calcium and medical ozone according to the proposed scheme significantly reduced the frequency and severity of PE, reduced the risks of sub- and decompensated placental insufficiency, which increased the frequency and timing of pregnancy and it made it possible to significantly improve perinatal outcomes.

**DIFFUZLI TOKSIK BUQOQ KASALLIGINI DAVOLASHDA
VITAMINLI FITOTERAPIYANING SAMARADORLIGI BAHOLASH**

¹Ibatova Sh.M. ²Muxamadiyev N.Q.

¹Samarqand Davlat Medisina Universiteti, Samarqand, Uzbekiston

²Samarqand Davlat Universiteti, Samarqand, Uzbekiston

Dolzarblik. Inson organizmining mo'tadil o'sishi va rivojlanishi uchun oziq-ovqat rasionida yod elementining etarli miqdorda bo'lishi zarur. Yod etishmasligi natijasida qalqonsimon bez funksiyasining o'zgarishlari kuzatiladi va turli kasalliklar paydo bo'ladi. Ilmiy adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra diffuzli toksik buqoq kasalligining kelib chiqishi ichak so'rilish funksiyasining buzilishi bilan bevosita bog'langan. Shuning uchun ham buzilgan ichak so'rilish funksiyasini tiklash orqali organizmda yod etishmovchiligini muvozanatga keltirish mumkinligi borasida ilmiy fikrlar paydo bo'layapti. Bu esa diffuzli toksik buqoq kasalligini davolash tadbirlarini ishlab chiqishda juda muhim va dolzarbdir.

Ishning maqsadi. Diffuzli toksik buqoq kasalligini davolashda ichakning so'rilish funksiyasini tiklashga imkon beradigan vitaminli fitoterapiyaning samaradorligi baholash. Materiallar va tadqiqot usullari. Samarqand davlat medisina universiteti endokrinologiya kafedrasida tadqiqotlar amalga oshirildi. Tadqiqotlarga 36 nafar diffuzli toksik buqoq bilan kasallangan 17-22 yoshdagi qizlar jalb qilindi.

Barcha bemorlarda kasallik va uning darajasini aniqlash hamda davolash tadbirlari samaradorligi baholash uchun klinik-laborator, biokimyoviy (TTG, T3, T4), instrumental (UTT) va mikrobiologik tekshirishlar o'tkazildi. Olingan natijalar $R=0,95$ da statistik qayta ishlandi.

Tadqiqot natijalari va ularning muxokamisi. Bemorlar 2 guruhga ajratildi: I guruh (16 nafar bemor) - an'anaviy usulda (yodli preparatlar bilan davolanganlar), II guruh (20 nafar bemor) – vitaminli fitoterapiya usulida davolanganlar.

Vitaminli fitoterapiya V guruhdagi vitaminlar va andiz o'simligining tomiridan tayyorlangan ko'kindan iborat bo'lib (Abu Ali ibn Sino, Tib qonunlari 2-tom), kasallik darajasiga qarab 5 kundan 10 kungacha buyurildi.

Har ikkala guruh bo'yicha davolash natijalari quyidagilar:

I guruhdagi (16 nafar) bemorlardan davolanganga qadar I darajali bemorlar soni -5 tani, II darajali – 11 tani tashkil etdi, davolangandan keyin esa I darajali bemorlar soni - 9 tani, II darajali 5 tani va to'liq davolanganlar soni 2 tani tashkil etdi.

II guruhdagi (20 nafar) bemorlardan davolanganga qadar I darajali bemorlar soni - 7 tani, II darajali – 13 tani tashkil etdi, davolangandan keyin I darajali bemorlar soni - 8 tani, II darajali bemorlar aniqlanmadi va to'liq davolanganlar soni 12 tani tashkil etdi.

Ushbu keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, I guruhda to'liq davolanganlar 12,5 % ni, II guruhda esa 60,0 % ni tashkil etgan.

Xulosa. Shunday qilib, diffuzli toksik buqoq bilan xastalangan bemorlarni davolashda ular ichagining buzilgan so'rilish funksiyasini vitaminli fitoterapiya yordamida tiklab, yodning organizmga so'rilishini tiklash yuqori samaradorlikni namoyon qiladi.

**YOSH BOLALARDA TOKSIK EPIDERMAL NEKROZ SINDROMIDA INTENSIV
DAVOLASH USULLARINI TASHKJLLASHTIRISH**

Ibragimov U. S.

Samarkand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi: Yosh bolalarda kattalarga nisbatan dori preparatlarni qo'llashni o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Oxirgi vaqtlarda bolalar organizmini

xususiyatlarini bilmagan holda, ota-onalar tomonidan o‘z farzandlarini davolash uchun vrach tavsiyasini olmasdan turli xil kasalliklarni uy sharoitiga davolash maqsadida siroplar, suyuqliklar, mazlar, tabletkalardan keng foydalanish holatlari kuzatilmoqda. Buning natijasida dori moddalar ta’sirida kelib chiqadigan allergik kasalliklarni og‘ir turlari kuzatilmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Dorilarni nojuya ta’sirida rivojlangan toksik epidermal nekroz sindromi-«Layella sindromi» ni sabablarin o‘rganish va ularni davolash usullarini takomillashtirish.

Tadqiqot materiallar va uslublar. Turli xil dori darmonlar bilan davolash natijasida rivojlangan dorilarni nojuya ta’sirlari va og‘ir holatlar bilan 2016-2022 yillar davomida Samarqand viloyat kup tarmokli bolalar tibbiy markazini reanimatsiya bulimiga murojaat kilgan bemorlarni tahlil qilganimizda jami bemorlar soni 105. Murojaat etgan bemorlarni 10 (9.5%) tasini Layella sindromi tashkil qiladi. Kasallikni sababini o‘rganish uchun anamnezga e’tibor qaratildi. 3 ta bemor tana haroratini tushirish maqsadida Sirop Ibufen va Sinepar Kid, Analgin+ dimedrol inektsiyasidan so‘ng rivojlangan. 2ta bemorlarga streptotsid va penitsillin grupasi preparatlarini qabul qilishdan so‘ng rivojlangan. 3tasiga tetratsiklin va eritromitsin ta’sirida, 1-tasiga Amoksatsiklin tabletkasi ta’sirida, 1ta bemorga Ibuprofen tabletkasidan so‘ng rivojlanganligi aniqlandi. Bu bemorlar asorat rivojlangandan so‘ng 2-4 sutka o‘tib tibbiy markazga murojaat etganlar.

Tadqiqot natijalari. Barcha bemorlarni og‘ir ahvolda ekanligini inobatga olinib darhol reanimatsiya bo‘limiga yotkizib diagnozni asoslash maqsadida barcha tahlilalardan so‘ng, allergolog, toksikolog, dermatovenerolog, pediatr mutaxassislar ko‘rigi tashkil etildi. Bemorlarni izolyator xonasida yotkizib shoshilinch yordam sifatida kislorodterapiya, glyukokortikoidlar yuqori dozada, antigistamin vositalar, infuzion va antibiotikoterapiya, intrakorporal detoksikasiya usullaridan (oshqozon va ichaklar dializi, enterosorbtsiya, kuchaytirilgan diurez) o‘tkazildi. Intoksikasiya belgilar kuchli bo‘lgan va yoshi katta bemorlarda ekstrakorporal detoksikasiyaning plazmoferez usuli o‘tkazildi. Bu bemorlarni intensiv davosi bolani ahvoliga qarab 8 sutkadan to 15 sutkagacha davom etdi. Murojaat etgan bemorlarni reanimatsiya bo‘limiga intensiv davolashni olib borish natijasida, barcha bemorlarni ahvoli dinamikada yaxshilanib bordi. Gemodinamik, nafas va taxlililardagi ko‘rsatkichlar barqarorlashgandan so‘ng allergologiya bo‘limiga o‘tkazildi.

Xulosa: Ota-onalar o‘rtasida dori darmonlarni bemor farzandlariga tartibsiz berishni to‘xtatish. Bemor bolani tez orada vrachga ko‘rsatib, vrach tavsiyasini olishni ota-onalarga tushuntir ishishlari olib borishi kerak. Dori darmonlarni berishdan oldin yo‘riqnomasi bilan tanishib chiqish kerak.

YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI OG‘IRLIK DARAJASINI BAHOLASHDA KISLOTA-ASOS MUVOZANATINING ROLI

*Ibragimov U. S., Ibragimova F. S.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti*

Mavzuning dolzarbligi: Homila gipoksiyasi va tug‘ruqdagi asfiksiya bugungi kunda neonatologiyaning muhimuammolaridan biridir. Chaqaloqlar o‘tkir asfiksiyasi dunyo bo‘yicha har yili millionlab bolalarninig o‘limiga, surunkali kasalliklarning vujudga kelishiga, nogironlikka sabab bo‘lmoqda.

Tadqiqot maqsadi: Biz postgipoksik asoratlar tufayli yuzaga keladigan biokimyoviy ko‘rsatkichlar, kislota-asos muvozanatidagi o‘zgarishlar yoritilgan bo‘lib, chaqaloqlarda vujudga keladigan patologik holatlarni erta aniqlashda indikator bo‘lib xizmat qiladi. Tadqiqot materiallari va usullari. Tekshirish Samarqand shaxar 1-son tug‘ruq majmuasida tug‘ilgan chaqaloqlar hamda Viloyat bolalar ko‘p tarmoqli ilmiy tibbiyot markazi chaqaloqlar patologiyasi b‘limida statsionar sharoitda davollanayotgan jami 50nafar chaqaloqlar orasida

olib borildi. Bioximyoviy tekshirish KONE apparati yordamida bajarildi (t/O Analyticae Systems) 2000y. Qonda gazlarning parsial zōriqishi va kislota –asos holati «Bayer Rapidlab 348» (AQSH) firmasining gaz analizatori yordamida aniqlandi. Anamnestik-onaning somatik va akusherlik anamnezi, ushbu homiladorlikning kechishi. Klinik- Chaqaloqning tug'ilgandagi va erta adaptatsion davridagi holatini baxolash: Apgar shkalasi bo'yicha ko'rsatkich, antropometrik ko'rsatkichlar (tana og'irligi, uzunligi, bosh, ko'krak aylanasi)ning jismoniy rivojlanishiga proporsianalligi.

Tadqiqot natijalari: Biz kuzatgan chaqaloqlarda postgipoksik patologiya rivojlanishining asosiy sabablari anamnezda aniqlandi: 1. Kindik tizimchasi orqali qon oqimining uzilishi- 20%; 2. Plasenta orqali gaz almashinuvining buzilishi-42%; 3.Noadekvat gemoperfuziya-22%; 4.Ona qonida oksigenatsiyaning yomonlashuvi-62% 5.Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nafas xarakterlarining yetishmovchiligi-30%. Kindik tizimchasidagi qonda kislota-asos holatining ko'rsatkichlarini baholashda asfiksiya darajasiga ko'ra pH qiymatining pasayishi tendentsiyasi kuzatildi. Statistik jihatdan quyidagi farqlar xarakterli karbonat angidridning ko'rsatkichlari ($p < 0.0001$), standart bikarbonat ($p < 0.0001$) va bufer asoslari ($p < 0.0001$). Og'ir darajali asfiksiyada pCO darajasi 1,4 va 1,6 va undan yuqori. pH 7,0 dan kam, BE-12 va undan yuqori bōlganda og'ir asfiksiya tashxislandi. Yengil asfiksiya tashxisi kislota asos holatidagi ma'lumotlar pH 7,0-7,2, BE 8-12 bo'lganda qo'yiladi. Og'ir asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ilganidan aralash asidoz ustunlik qildi va bu 79,2 foiz xolatda namoyon bo'ldi, qolgan bolalarda esa respirator kompensirlangan asidoz (6,9%), respirator kompensirlangan alkaloz (6,9%) va metabolik qisman kompensirlangan asidoz(6,9%) kuzatildi. O'rta og'ir darajali asfiksiya bilan og'rigan bolalarning yarimida (57,5%) aralash asidoz aniqlandi, qolgan chaqaloqlarda esa respirator kompensirlanmagan asidoz (12,5%), kompensirlanmagan alkaloz (12,5%) va metabolik qisman kompensirlangan asidoz (17,5%) ko'zatildi. Yengil asfiksiya xolatida tug'ilgan bolalarda qisman kompensirlangan metabolik asidoz namoyon buldi(41,9%). Boshqa bolalarda esa respirator buzilish kompensirlanmagan (12,9%) va qisman kompensirlangan asidoz(6,6%) hamda aralash asidoz (25,8%) ko'rinishida namoyon bo'ldi. Shunday qilib, og'ir va o'rta og'ir darajadagi asfiksiyada kislota-asos holatidagi ustunlikqiluvchi buzilish aralash asidoz. Tug'ilganidan yengil asfiksiya tashxisi qo'yilgan chaqaloqlarda esa metabolik, qisman kompensirlangan asidoz ustunlik qiladi.

Xulosa. Chaqaloqlar erta moslashish davrida postgipoksik asoratlar sifatida namoyon bo'ladigan metabolik darakchilar, laborator fenomen bo'libgina qolmasdan rivojlanib boradigan patologik holatlarni oldindan ko'ra bilish imkonini beradi.

ZAMBURUG'LAR SABABLI KELIB CHIQUADIGAN TASHQI OTIT KASALLIKLARIDA KANDIBIOTIK DORI VOSITASISINI DAVO SAMARADORLIGINI O'RGANISH

Ibragimov U. S.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi: Tashqi otitlar–quloq suprasi va tashqi eshituv yo'lining yallig'lanishi bo'lib, barcha LOR kasalliklari ichida 17%dan 23% ni tashkil qiladi. Zamburug' sababli yuzaga keladigan tashqi otitlar 5-10% (ba'zi ma'lumotlarda 19,4%) ni tashkil qiladi.

Tadqiqot maqsadi: Otomikozlarning 80-90 % ko'zg'atuvchilari Candida va Aspergilluslar hisoblanadi. Kandibiotik tarkibida beklometozon dipropionat 250 mkg (antigistamin samaraga ega), xloramfenikol 50 mg (antibakterial ta'sirga ega), klatrimazol 10 mg (zamburug'ga qarshi ta'sirga ega), lidokain gidroxlorid 20 mg (anestetik ta'sirga ega) bor.

Tadqiqot materiallar va usullari: Otomikoz tashxisi bilan 18 yoshdan 71 yoshgacha bo'lgan 35 ta bemor olindi, shundan 20 tasi ayol va 15 tasi erkak. Bemorlarning barchasida

sub'ktiv va ob'ektiv tekshiruvlar, LOR instrumental (rinoskopiya, otoskopiya, faringoskoaiya) teshiruvlar, tashqi eshituv yo'lidan surtma olib ekish uchun laboratoriyaga yuborildi. Maqsadga erishish uchun bemorlar shartli ravishda 2 guruhga bo'lindi. I guruh (asosiy)-18 ta bemor, II guruh (nazorat)-17 ta bemor. Bemorlarning barchasida sub'ktiv va ob'ektiv tekshiruvlar, LOR instrumental (rinoskopiya, otoskopiya, faringoskoaiya) teshiruvlar, tashqi eshituv yo'lidan surtma olib ekish uchun laboratoriyaga yuborildi. 35 ta bemorning 15 tasida Aspergillus 14 tasida Candida, 6 tasida Penicillin guruhidagi zamburug'lar aniqlandi. Barcha bemorlarda tashqi eshituv yo'li sonatsiyasi qilindi. Immunomodulyatorlar, antigistamin dori vosilari, vitaminlar, yallig'lanishga qarshi dori vositalari berildi. Asosiy guruhdagi bemorlarga mahalliy kandibiotk dori vositasi 4-5 tomchidan 3 mahal quloqqa tomizish, nazorat guruhidagi bemorlarga salitsil kislotasining 1% spirtli eritmasi 4-5 tomchidan 3 mahal quloqqa tomizish buyurildi.

Tadqiqot natijalari: Asosiy guruhdagi 5 tasida 3- kun, 7 tasida 5- kun, 6 tasida 7-kun klinik belgilar yo'qolib bemorlar ahvoli yaxshilandi. Nazorat guruhidagi 1 ta bemorda 5-kun, 5 ta bemorda 7-kun, 5 ta bemorda 10-kun klinik belgilar yo'qoldi. Qolgan 6 ta bemorda klinik belgilar biroz yo'qoldi (quloqdagi qichishish yo'qolmadi, biroz kamaydi). 10 kunlik davolashdan so'ng bemorlarda qayta tashki eshituv yo'lidan surtma olinib laboratoriyaga ekish uchun yuborildi. Asosiy guruhdan 1 ta bemorda sp. Aspergillus, Nazorat guruhidan 3 ta bemorda sp. Candida, 5 ta bemordan sp. Aspergillus aniqlandi.

Xulosa: Zamburug' sababli yuzaga keladigan tashqi otitlarni davolashda kandibiotik dori vositasini umumiy davoga qo'shimcha qilib mahalliy qo'llash zamburug'dan to'liq sog'ayishga asos bo'ladi.

MENOPAUSAL SYNDROME IN LATE-AGED WOMEN

Ibragimova S.R.

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to WHO, a significant increase in the number of elderly people is predicted in the XXI century. Every second woman in the world will be over 45 years old. In the menopausal period – the transition from adulthood to old age due to age-related changes, clinical manifestations of the estrogen deficiency condition dominate. Pronounced symptoms of CS appear precisely in early postmenopause, which is due to the complete shutdown of ovarian function and a sharp shortage of estrogens during this period.

Psychosocial factors of aging women aggravate the situation. The ongoing changes in the factors of the internal and external environment require the activation of adaptation mechanisms, on the adequacy of which the further quality of a woman's life largely depends.

In case of violation of the interaction of these mechanisms, the stability of the internal environment is not preserved and their activity is disrupted, which affects many functions of the body.

In the works devoted to the problems of the menopausal period, there is no clear interpretation of normal and pathological physiological conditions, although the logic and necessity of this is indisputable.

The aim of the study is to study the effectiveness of the treatment of menopausal syndrome in old age.

Materials and methods of research. A randomized parallel simple blind placebo-controlled study included 88 women with CS of a typical course, which developed against the background of natural postmenopause lasting from 1 to 5 years.

The results of the study. In order to identify postmenopausal metabolic changes, a group of 30 premenopausal women was formed, whose average age was close to the age of women with COP.

Predictors of severe menopausal syndrome in the first five years of natural postmenopause are hot flashes and sweating 1-2 years before menopause (relative risk 1.4-1.9), the absence of a period of menstrual dysfunction preceding menopause (relative risk 1.3-2.1).

In patients with menopausal syndrome in the early postmenopausal period, compared with premenopausal women, there is a complex of systemic metabolic disorders associated with the development of osteopenia and osteoporosis: an increase in the rate of bone remodeling with an imbalance of markers of bone resorption – type I collagen C-terminal telopeptides (an increase of 5.4 times) and bone formation - osteocalcin (an increase of 56%) - in combination with an increase in the level of calcitonin and plasma phosphates.

Conclusions. Based on the results of the study, a number of new scientifically based definitions are proposed: menopausal health, melatonin perimenopausal deficiency syndrome (SPDM), menopausal portrait of a woman and a system of personalized quality of life management for women with pathological menopause.

MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS AND THE POSSIBILITIES OF THEIR PREVENTION

Ibragimova S.R.
Andijan State Medical Institute

Relevance. In juvenile gynecology, primary dysmenorrhea is the leader among diseases accompanied by pain syndrome, the formation of which, from the standpoint of modern evidence-based medicine, is based on a violation of the synthesis or metabolism of arachidonic acid and its biologically active metabolic products - eicosanoids in the absence of morphological changes from the pelvic organs.

The purpose of the study. Reducing the frequency of menstrual function disorders by carrying out a set of step-by-step preventive measures in girls at risk, formed on the basis of a prognostic risk scale for complicated puberty.

Materials and methods of research. To solve the tasks, we examined 256 patients with a diagnosis of menstrual dysfunction in adolescent girls.

The results of the study. In girls with complicated puberty significantly more often than in girls with its physiological course, diseases of the nervous (31.9% and 3.4%), cardiovascular (38.8% and 11.2%) systems, respiratory organs (16.4% and 4.3%), ENT organs (51.7%) are detected by menarche and 18.1%), skin (30.2% and 11.2%), as well as body weight deficiency (60.3% and 35.3%).

The perinatal history of girls with complicated puberty, compared with that of girls with the physiological course of puberty, is more burdened with asphyxia at birth (41.4% and 18.1%), perinatal lesions of the central nervous system (20.7% and 6.0%) and hypotrophy (31.9% and 14.7%).

In childhood, girls with complicated puberty are significantly more likely than girls with a physiological course of puberty to have diseases of the nervous system (30.2% and 6.0%), exudative catarrhal diathesis (23.3% and 10.3%), skin diseases (49.1% and 34.5%), respiratory organs (79.3% and 55.2%) and urinary system (13.8% and 3.4%).

Mothers of girls with complicated puberty are significantly more likely than mothers of girls with the physiological course of puberty to have complications of gestation with early toxicosis (49.1% and 24.1%), anemia (23.3% and 9.5%) and birth force abnormalities (61.2% and 28.9%); they are significantly more likely to be detected during pregnancy ENT-diseases (49.1% and 12.1%), diseases of the cardiovascular (32.8% and 6.9%), endocrine (19.0 and 1.7%), urinary (20.7% and 4.3%) and digestive (21.6% and 8.6%) systems.

The anamnesis of mothers of girls with impaired menstrual function, compared with that of mothers of girls with physiological puberty, is significantly more often burdened with

complicated puberty (85.3% and 42.2%), inflammatory (48.3% and 21.6%) and hormone-dependent gynecological diseases of the genitals (42.2% and 13.8%), as well as reproductive losses (39.7% and 14.7%).

Conclusion. The use of the original prognostic risk scale for the complicated course of puberty, created on the basis of the identified risk factors, allows timely preventive and therapeutic measures, which prevents violations of the formation of menstrual function in adolescent girls in 75% of cases.

HOMILADORLIK VA VARIKOZ XASTALIGI

*Ikramova F.D., Salahidinov.S.Z., Muhammadjonova.M.M., Zaynobiddinova.D.S.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Muammoning dolzarbligi: Homiladorlik davrida va tug‘ruq jarayonida vena tomirlarining varikoz kengayishi ko‘plab ayollar duch keladigan, keng tarqalgan dolzarb muammodir. O‘z-o‘zidan bu kasallik qon tomirlarining kengayishi va qon oqimining sekinlashishi bilan tavsiflanadi: qon massasining ko‘payishi ta‘sirida tomirlar tonusi pasayadi va cho‘zila boshlaydi.

Tadqiqot maqsadi. Homiladorlik davrining oyoq teri osti venalari varikoz xastaligi rivojlanishiga ta‘sirini o‘rganish.

Material va tadqiqot usullari. 2017-2022 yillarda Andijon davlat tibbiyot instituti 2-jarrohlik bo‘limida davolangan teri osti yuza venalarining varikoz kengayishi bilan og‘rigan 65 nafar (100%) ayollar o‘rtasida so‘rov o‘tkazildi. 20 yoshdan 70 yoshgacha (o‘rtacha yosh 47,8 yosh). Kasallikning davomiyligi 3 yildan 30 yilgacha bo‘lgan. Barcha bemorlar homiladorlik davrida yoki tug‘ruqdan keyin kasallikning rivojlanganini tasdiqladilar. Ushbu xastalik etiologiyasida ko‘pchilikda homiladorlikdan tashqari, irsiyat, gormonal o‘zgarishlar va jismoniy mehnat asosiy o‘rinni egallaydi. Tekshiruv anamnez, ob‘ektiv ma‘lumotlar va qo‘shimcha tekshirish usullarini hisobga olgan holda maxsus ishlab chiqilgan anketalar bo‘yicha o‘tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Oyoq teri osti venalarining varikoz xastaligi bilan og‘rigan bemorlarning anamnez materiallarini tahlil qilib, homiladorlik davrida kasallikning etiologik omili sifatida irsiy moyillik 31 nafar (47,6%) bemorda sodir bo‘lganligi aniqlandi; 17 bemorda gormonal o‘zgarishlar (26.1%); jismoniy mehnat (statik yuk) 8 bemor (12.3%); sof homiladorlik tufayli kelib chiqqan varikoz kengayish 9 bemorda (13,8%) sodir bo‘ldi. 35 nafar bemor (53.8 %) uzoq vaqt turish va o‘tirishni cheklash, qattiq belbog‘larni taqishdan bosh tortish, suyuqlikni iste‘mol qilishni cheklash, keng ichki kiyim va past poshnali poyabzal kiyish, oyoqlarning elastik bandajini taqish kabi operatsiyadan keyingi profilaktik chora tadbirlarni to‘liq amalga oshirdi. Operatsiyadan keyingi 8-35 yil oralig‘ida 14 (23,7%) bemorda kasallikning qaytalanishi kuzatildi. Varikoz xastaligi profilaktikasidan o‘tgan barcha bemorlarda jarrohlik davolash yaxshi natija berdi.

Xulosa. 1.Oyoq venalari varikoz xastaligi rivojlanish ehtimoli yuqori bo‘lgan ya‘ni irsiy moyillik, gormonal buzilishga ega bo‘lgan va doimiy og‘ir mehnat bilan shug‘ullanuvchi ayollar homiladorlik davrida 2-3 oydan boshlab, profilaktik chora tadbirlarga e‘tiborli bo‘lishi lozim.

2. Oyoq venalarining varikoz xastaligini oldini olish har bir keyingi homiladorlik uchun amalga oshirilishi kerak.

INNOVATIVE APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF PRECANCEROUS
AND CERVICAL CANCER IN WOMEN

Isakova D.B.

*Faculty of the Department of Advanced Training and Retraining of Doctors,
Obstetrics and Gynecology, Neonatology and Endocrinology
Andijan State Medical Institute*

Introduction. Inflammatory diseases of the pelvic organs occupy a leading position in the structure of gynecological diseases and are the most common cause of women's reproductive health disorders. A significant proportion of them are inflammatory processes of the cervix - endo- and exocervicitis. The increase in the prevalence of cervicitis is associated with an increase in the number of cases of atypical course of the infectious process, as well as with little or no symptoms, even in the acute stage.

Chronic cervicitis, along with inflammatory complications, can cause the development of infertility, miscarriage, premature birth, intrauterine infection of the fetus, postpartum septic complications, plays an important role in the formation of dysplasia and cervical cancer. In recent years, there have been trends in the incidence of cervical cancer in women in the age group up to 29 years. The risk of cervical cancer associated with highly oncogenic HPV types and the lack of effective etiotropic agents for the treatment of this infection require the search for the most optimal choice of drugs or their combinations during therapy. In this perspective, it is very important to identify the oncogenic potential of the virus, since this determines the need for conservative or operative treatment tactics.

The purpose of the study. Assessment of the risk of cancer transformation of the cervical epithelium in women with chronic cervicitis by determining the protein p16^{tk4a}.

Materials and methods of research. 100 women aged 18-52 years with signs of chronic exo- and endocervicitis were examined: the main group consisted of 60 patients with HPV infection, the comparison group consisted of 40 women without HPV.

The results of the study. As a result of the examination of patients of both groups, it turned out that 61% of them had sexually transmitted infections: every third has an association with conditionally pathogenic microflora, and every second has a combination of 2 to 4 infectious agents.

According to the results of PCR diagnostics, infection with high-oncogenic HPV types in women of the main group without signs of cervical dysplasia was 67.8%, low-oncogenic - 49.6%. In the presence of CIN, the frequency of HPV release of high-oncogenic serotypes significantly prevails over low-oncogenic ones and amounts to 84.2 and 27.4%, respectively, which confirms the role of HPV in the formation of proliferative pathology of the cervix. Mixed infection with various types of HPV was recorded in 46% of cases. 22% of women had 2 types of HPV, 15% - 3 types, 9% - 4 or more. Type 16 was most often detected - in 26.3% of cases, type 58 - in 10.6%, type 18 - in 8.4%, type 31 - in 7.8%, type 33 - in 6.1%.

Analysis of the concomitant flora of the cervical canal showed that more often papillomavirus infection was accompanied by chlamydia, ureaplasmas, mycoplasmas, fungi of the genus *Candida*, *Gardnerella*, gram-positive cocci and gram-negative rods against the background of the absence or sharp decrease in the content of lactobacilli. It should be noted that in patients with HPV infection, infection of the cervical canal with pathogens such as chlamydia, mycoplasma, ureaplasma, trichomonas, HSV is observed much more often than in the absence of HPV.

According to the results of a liquid cytological examination, 188 women with chronic cervicitis revealed cervical epithelial dysplasia (74 - CIN I, 64 - CIN II, 50 - CIN III), of which 169 patients - with the presence of HPV and 19 - with the absence.

A comparative analysis of the data of traditional and liquid cytology showed that the results vary enormously among themselves. Histological examination was used to confirm the

diagnoses. False positive conclusions of traditional cervical smears were detected in 5% of cases, i.e. dysplasia was diagnosed where it does not actually exist. According to the results of liquid cytological examination, the presence of cervical dysplasia was detected in 100% of cases, which confirms the value of this technique.

It should be noted that women with dysplasia, as a rule, had an atypical colposcopic picture in the form of acetobelic epithelium, leukoplakia, punctuation, mosaic and their combinations. In 583 patients with chronic cervicitis without signs of dysplasia, the colposcopic picture manifested itself in the form of diffuse hyperemia and swelling of the exocervix with pronounced and easily bleeding vessels, in 318 of them - in combination with iodine-negative areas, gentle punctuation and/or mosaic. Thus, in a larger number of patients with chronic cervicitis, the colposcopic picture is characterized by atypical changes in the cervix, which often leads to the unjustified use of destructive methods of treatment.

Conclusion. Taking into account the fact that the informativeness of the cytological method is determined by the level of training of specialists and the quality of material sampling, the advantages of liquid cytological examination over the traditional one are obvious: the latter was associated with a high level of both false positive and false negative results. In this regard, the liquid method is a more reliable laboratory test, which makes it possible to recommend it for the examination of women with cervical pathology.

BOLALARDA POSTINFEKTSION BRONXIOLITLARNI OBLITERASI

Jurayeva X.Z.

Fakultativ pediatriya va neonatologiya kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Bronxiollarda patologik o'zgarishlar bronxial obstruktsiya sindromi bo'lgan bolalarda pastki nafas yo'llarining ko'plab kasalliklari asosida yotadi. Ulardan eng keng tarqalgani o'tkir bronxiolit bo'lib, morfologik jihatdan ekssudativ bronxiolitga mos keladi.

O'tkir bronxiolit bilan bir qatorda kasallikning noqulay natijasi tasvirlangan - surunkali bronxiolitning konstruktiv variantiga ishora qiluvchi bronxiolit obliterans (OB). Konstruktiv bronxiolitdagi gistopatologik o'zgarishlar produktiv sklerotik yallig'lanish bilan bog'liq bo'lib, epiteliy va bronxiolalarning mushak qavati o'rtasida tolali to'qimalarning rivojlanishiga, so'ngra lümenning torayishiga olib keladi.

Tadqiqot maqsadi. Bolalarda PIB kursining natijalarini baholash.

Materiallar va uslublar. Kuzatuvda 2 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan 139 nafar bola, shundan 82 nafari o'g'il, 57 nafari qiz bolalar bo'lib, har bir bemor uchun anamnez, kasallikning klinik kechishi, rentgenologik, funksional va immunologik tadqiqotlar natijalari to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga olgan individual test kartasi tuzildi. usullari.

Tadqiqot natijalari. OB bilan og'rigan bolalarni (19 yoshgacha) uzoq muddatli kuzatish natijalari shuni ko'rsatadiki, yoshi bilan o'pkada kuchayish chastotasi va jismoniy o'zgarishlarning og'irligi pasayadi, radiologik va funktsional o'zgarishlar saqlanib qoladi, Bu bolalik bronxiolitining surunkali obstruktiv o'pka kasalligining shakllanishida mumkin bo'lgan rolini ko'rsatadi.kattalarda.

Anamnestik ma'lumotlarni tahlil qilish 108 (78%) kuzatilgan bolalarda o'tkir bronxiolitni hayotning erta davrida, 3 yoshgacha obliterans bronxiolit shakllanishi bilan aniqladi. Ulardan 56 (40,3%) holatda kasallikning rivojlanishiga sabab tug'ruq vaqtida amniotik suyuqlik yoki mekoniumning aspiratsiyasi, keyin esa irritativ yuqumli bo'lmagan bronxiolitning rivojlanishi edi. 52 (37,4%) chaqaloqlarda o'tkir respiratorli infeksiya o'tkir va keyinchalik obliteratsiya qiluvchi bronxiolitning rivojlanishiga turtki bo'ldi.

3-4 yoshli 31 (22,3%) bemorlarda virusli-bakterial infeksiya ta'sirida o'tkir bronxiolit keyingi alevlenmalarda obliteratsiyaga o'tish bilan yuzaga keldi. Nebulizer yordamida

berodual va pulmikort bilan asosiy inhalatsiya terapiyasi uzoq vaqt davomida 102 (73,3%) bemorda o'tkazildi. Bolalarning dinamik kuzatuv 5-8 yil davomida amalga oshirildi.

Ko'pgina hollarda, 113 (81,3%) holatda, erta adekvat davolash bilan, kasallik 10-12 yoshgacha to'liq klinik tiklanish bilan yakunlandi. 26 tasida (19%) bronxiolalarning obliteratsiyasi qayd etilgan, pnevmoskleroz rivojlangan. Bronxoektaziya 11 (8,1%) holatda shakllangan.

Xulosa. Infektsiyadan keyingi ABni o'z vaqtida tashxislash shifokorlarning yomon xabardorligi va mavjud diagnostika usullarining, ayniqsa kasallikning engil shakllarini aniqlashning sezgirligi yo'qligi sababli qiyin muammodir. Yangi diagnostika va terapevtik yondashuvlarni ishlab chiqish va balog'at yoshidagi kasallikning prognozini aniqlashtirish uchun qo'shimcha tadqiqotlar talab etiladi.

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA PNEVMONIYANING KLINIK- IMMUNOLOGIK XUSUSIYATLARI VA IMMUNOTERAPIYASI

*Kadirov K.Z., Kadirov O.Z., Abduvaliyeva Ch.M.,
Usmonov Sh.A., Xalilov Sh.K.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Tadqiqotning maqsadi. Klinik va laboratoriya taqqoslashlari asosida neonatal pnevmoniya variantlarini aniqlab olish va ularning yordamchi immunoterapiya usulini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda pnevmoniya xavfini prognoz qilish muammosini hal qilish uchun axborot mezonlarini aniqlash talab etiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda pnevmoniyaning klinik-immunologik xususiyatlari va immunoterapiyasini o'rganish

Tadqiqot natijalari. Turli etiologiyalarning neonatal pnevmoniyasi, shuning uchun batafsil ravishda turli patogenezlarga ega bo'lib, klinik jihatdan to'liq tavsiflanmagan. Xususan, pnevmonitning tarqalishi va zo'ravonligi tufayli IgG subklasslarining etishmovchiligi, sarum laktoferrin miqdori va toksik Granüle leykotsitlar soni patogenetik va prognostik ahamiyatga ega emas.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda pnevmoniya ko'pincha intrauterin infektsiyaning fonida jinsiy transmissiv patogenlar-herpes simplex viruslari va sitomegali, Chlamydia, Miko—, urea-va toksoplazmalar.

Nevrologik asoratlar bilan eng qiyin narsa pnevmoniya bo'lib, aralash Herpesvirus va Herpesvirus-Chlamydia infektsiyasi bilan birga keladi.

Neonatal pnevmoniya, patogen turiga qarab, jarayonning tarqalishi va kasallikning o'tkir davrida o'pka sun'iy shamollatish davomiyligi lak-toferrin konsentratsiyasining oshishi, IgG1 o'sishi va sarum IgG2 ning tushishi bilan birga keladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qo'shimcha klinik sinovlarda "Affinoleikin" immunoterapevtik preparatining zararsizligi, anabolikopodobnaya va immunoadvant faolligi hayotning birinchi kunida kiritilganda belgilanadi.

Affinoleikinning in'eksion va sublingual qo'llanilishi umumiy qabul qilingan terapiyaga qo'shimcha sifatida og'ir neonatal pnevmoniyani davolashda samarali bo'ladi.

Aralash Herpesvirus-Chlamydia infektsiyasining fonida yuzaga keladigan neonatal pnevmoniya holatlari salbiy prognozga ega va yordamchi immunoterapiyaning etiotropik davolanishiga qo'shilishi kerak.

Xulosa. Olingan ma'lumotlarga ko'ra, neonatal pnevmoniyaning etiologik diagnostikasi jinsiy transmissiv infektsiyalarning patogenlarini aniqlash bilan boshlanishi kerak: herpes simplex virusi I va II toifa, sitomegalovirus, Chlamydia, Miko -, urea-va toksoplazma va salbiy natijalar yuzaga kelganda, boshqa potentsial patogenlarni aniqlanadi.

DIAGNOSIS OF IMMUNODEFICIENCY CONDITIONS OF EARLY
NEONATAL PNEUMONIA IN CHILDHOOD

*Kadirov K.Z., Kadirov O.Z., Usmonov Sh.A.,
Yaminova N.X., Isroilov Sh.Sh.
Andijan State Medical Institute*

The purpose of the study. On the basis of cytological, immunological, hematological data, to diagnose early neonatal pneumonia in children with intrauterine infection who are on a ventilator in the preclinical phase and to propose a method for correcting the detected changes.

Materials and methods of research. To solve the problem of predicting the risk of developing pneumonia in newborns, it is necessary to define informative criteria. To study the pathomorphological features of early neonatal pneumonia in children with immunodeficiency conditions.

The results of the study. Predisposing factors to the occurrence of pneumonia against the background of intrauterine infection during ventilation are: aspiration of amniotic fluid, metabolic disorders, high incidence of gram-negative flora with a degree of contamination of 10⁴ - 10⁶ CFU, the duration of the ventilation period of more than 72 hours. Early signs of pneumonia against this background are tracheobronchitis and weakening of respiratory noises over the affected area.

In the tracheobronchial lavage fluid in children with intrauterine infection, the number of protection cells is reduced. Alterative and desquamative processes prevent the occurrence of an inflammatory process in the lungs. With the development of pneumonia, neutrophils increase. An increase in their number by more than 3 times by 3-4 days of life is an early diagnostic sign of this disease.

In prenatally infected newborns who are on a ventilator in the early neonatal period, and who have not developed pneumonia, the protective role is played by sufficient complementary activity of blood serum, a wealthy humoral immunity. The development of pneumonia against this background is accompanied by high levels of immunoglobulins A and M, hypoinmunoglobulinemia b, low absorption capacity of neutrophils.

In the peripheral blood of newborns with intrauterine infection, persistent neutrophilosis, the absence of an increase in the relative and absolute number of lymphocytes, and a physiological "crossroads" that did not occur in the first week of life are noted. The initial signs of pneumonia are characterized by anemia and a high level of the leukocyte shift index.

The discriminant function equation, obtained on the basis of cytological, immunological and hematological indicators, allows diagnosing pneumonia in the early stages in children with intrauterine infection who are on a ventilator.

Positive effects of local and systemic methods of leukiniferon administration were established: the number of neutrophils significantly decreased in the tracheobronchial lavage fluid, the cellular link of immunity and nonspecific protection factors were activated in the immune status. Catamnically, a decrease in the frequency of bronchopulmonary diseases was revealed up to a year.

The study of the cellular composition of TBL in the first day after birth and in dynamics in newborns with intrauterine infection who are on a ventilator makes it possible to control the development of the inflammatory process in the trachea, bronchi, lungs and to carry out timely correction of therapy.

The revealed changes in a number of immunity indicators (suppression of the cellular link with an imbalance of immunoregulatory cells), which play a leading pathogenetic role in the development of pneumonia, the presence of hematological and cytological data indicating

the persistence of an infectious agent in the body, justify the need for the use of immunomodulatory drugs in intrauterine infected children in their complex treatment.

Conclusion. The use of the discriminant function equation makes it possible to diagnose early neonatal pneumonia before their clinical manifestation in newborns with intrauterine infection who are on a ventilator.

The positive effects we have established from local and systemic administration of leukiniferon are of great importance in terms of the use of this drug as part of the therapy of intrauterine infected children on ventilators to reduce cases of pneumonia in this group of patients.

IMMUNOLOGICAL CHANGES IN NEWBORNS AND YOUNG CHILDREN WITH PNEUMONIA

*Kadirov O.Z., Kadirov K.Z., Isroilov Sh.Sh. Abdulazizov F.G.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Pneumonia is one of the most common diseases, occurs at any age, has certain features of the course in different age periods. It is a complex of pathological processes developing in the distal parts of the lung tissue. The main manifestation of these processes is infectious, exudative, less often interstitial inflammation caused by microorganisms of various nature, and dominating the whole picture of the disease. From a clinical standpoint, the concept of “pneumonia” should be defined as an infectious disease of the lower respiratory tract, confirmed radiologically.

Acute pneumonia in children occupies one of the leading places in the structure of child mortality, determines the high level of general morbidity of the child population. Recurrent infections lead to violations of the functional state of the body, can cause disruption of the adaptation of the main functional systems of the child's body and lead to the development of chronic pathology.

The purpose of the study. To study the features of immunological changes in newborns and young children with pneumonia.

Materials and methods of research. 60 patients with community-acquired pneumonia aged from 6 months to 4 years were examined on the basis of children's hospitals in Andijan.

Discussion. Our studies have shown that the immune status of children in the newborn period and in the first years of life, as well as the pathology detected at birth, are largely associated with the peculiarities of the course of pregnancy in their mothers, namely, with pathology in the mother-placenta-fetus-newborn system. Thus, there is evidence in the literature that in newborns born to mothers with a burdened obstetric and gynecological history, there is a relative and absolute decrease in T- and B-lymphocytes, a decrease in IgG levels, an increase in IgM concentration, apparently associated with intrauterine infection of children, and the appearance of traces of IgA and IgE (the latter speaks about the sensitization of newborns, with which it is a product of independent synthesis by the immune system of children). Moreover, the dynamics determined the high susceptibility of children of this group to infections in the second half of life, i.e. during the period of extinction of passive immunity received from the mother, and the formation of their own mechanisms of anti-infective protection.

In recent years, the number of children with congenital and acquired immunodeficiency conditions, violations of local immunity in the bronchopulmonary system has been increasing. The proportion of children with hereditary pathology is increasing. According to Professor Sotnikova, pneumonia develops in 80% of cases in young children against the background of immunodeficiency conditions.

In the light of the above, it seems necessary to study in more detail the changes in the immunological status and develop comprehensive treatment and rehabilitation regimens that normalize lipid and protein metabolism, stimulate antioxidant protection, and modulate immunological reactivity in children with or who have had pneumonia.

Conclusion. The use of immunocorrective therapy regimens developed depending on the genesis of VRZN, allows to optimize the treatment of patients with 'VP* against the background of secondary immunodeficiency: to shorten the duration of treatment, to reduce the number of purulent-destructive, septic complications and exacerbations of concomitant pathology during the treatment of the underlying disease.

The use of clinical and laboratory criteria in the identification of risk groups with a possible fatal outcome allows carrying out measures in these patients to prevent fatal complications.:

Monitoring of CRP makes it possible to evaluate the effectiveness of therapy and predict the protracted nature of the disease" in any clinical laboratory without conducting complex immunological studies.

BOLALARDA IMMUNITET TANQISLIGI FONIDA PNEVMONIYA PATOMORFOLOGIYASI

*Kadirov O.Z., Kadirov K.Z., Abduvaliyeva Ch.M.,
Isroilov Sh.Sh., Yaminova N.X.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbligi. Morfologik jihatdan turli xil pnevmoniya o'tkir fokal eksudativ va eksudativ nekrotik yallig'lanishni keng miqyosli morfologik o'zgarishlar bilan birlashtiradi (kichik chagdan drenaj polisegmentar pnevmoniyasiga) va eksudativ namoyonlarning zo'ravonligi (seroz eksudatdan nekrotik va gemorragik o'zgarishlarga). Bu keng tarqalgan va shu bilan birga, barcha fokal pnevmoniyaning yagona patologoanatomik ko'rinishi, shuningdek, nozokomial va shifoxonadan tashqaridagi pnevmoniyaning morfologik o'xshashligi haqida to'liq asoslanmagan (noyob istisnolardan tashqari).

Tadqiqotning maqsadi. Turli etiologiyalarning o'tkir pnevmoniyasi bo'lgan bolalarda ichki organlarning morfologik o'zgarishlarining xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot ob'ekti ichki organlar (o'pka, timus, miya, yurak, buyrak, jigar, buyrak usti bezlari, taloq va limfa tugunlari) bo'lib, o'tkir pnevmoniyadan vafot etgan 17 kundan 8 yilgacha bo'lgan 37 bola.

Tadqiqot natijalari. Yoshga qarab, vafot etganlar quyidagi guruhlarga bo'lingan: 10 kundan 1 oygacha (3 bola), 1 dan 6 oygacha (13), 7 oydan 1 yilgacha (9), 1 yildan 3 yilgacha (9), 3 dan 8 yilgacha (3). Birinchi kunida vafot etganlar 17, 2-3-da-5, 4-5-da-4, 6-10-da-6, 10 kundan keyin - 5. Bolaning tug'ilishida tana vaznini, ovqatlanish xususiyatini, klinikaga kirishdan oldin kasallikning davomiyligini hisobga oldi.

Bolalar 23 (62%), qizlar 14 (38%) edi. Ikki tomondan ii, iV, Vi, iX, x o'pka segmentlarida yallig'lanish jarayonining asosiy lokalizatsiyasi bilan ikki tomonlama o'tkir pnevmoniya ustunlik qildi. Etiologiyaga ko'ra, o'tkir pnevmoniya virusli (8), bakterial (27) va virusli-bakterial (2) ga bo'lingan.

Bakterial infektsiyalarning patogenlari ko'pincha Klebsiella pneumonia (22), Pseudomonas aeruginosa (7), Proteus mirabilis (4), Streptococcus viridans (2), Enterobacter aerogenes (1), aralash infektsiya: Kl. pneumonia + Ps. aeruginosa (1). Virusli patogenning turini aniqlash mumkin emas edi.

Virusli pnevmoniyadan vafot etgan hayotning birinchi yilida bolalar ikki tomonlama fokal yoki fokal-drenaj xarakteriga ega ekanligi aniqlandi. O'pka to'qimasida jarayonning ko'p fokusi, qon aylanishining buzilishi, o'pkaning interstitsial to'qimalariga zarar yetishi, pulmoner bo'lmagan asoratlarning tez rivojlanishi kuzatildi.

Пневмониyaning morfologik tuzilishini o'rganish virusli pnevmoniyada o'pka parenximasining mononuklear infiltratsiyasi qon reologiyasining aniq buzilishi bilan bog'liqligini ko'rsatdi. Virusli-bakterial pnevmoniya bilan interstitsial to'qimalar limfotsitlar bilan infiltratsiyalangan, alveol lümeni polimorf-yadroli leykotsitlar.

Bakterial pnevmoniya bilan alveolalar o'pka to'qimalarining nekrozlari bilan yiring bilan to'ldiriladi. Immunitet tanqisligi holati va kech kasalxonaga - premorbid omillar orasida kam tug'ilgan vazn va sun'iy oziqlantirish, va salbiy natijalarga hissa omillar orasida, muhim edi ta'kidlash lozim. 10 (27%) hollarda immunitet tanqisligi birlamchi xususiyatga ega bo'lib, 27 (73%) da ikkinchi darajalidir.

Xulosa. Shunday qilib, bolalarda o'tkir pnevmoniyaning etiologik tarkibida bakterial infeksiyalar ustunlik qiladi, ular orasida Klebsiella pneumonia etakchi o'rinni egallaydi. Birinchi yarmida bolalarda virusli pnevmoniya o'lim darajasi yuqori.

BOLALAR VA O'SMIRLARDA YUVENIL IDIOPATIK ARTRITNING TURLI VARIANTLARINI DAVOLASHDA METOTREKSAT VA SULFASALAZINNING SAMARALIGINI KLINIK-IMMUNOLOGIK BAHOLASH

Kadirov X.S.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Kirish. Hozirgi vaqtda yuvenil idyopatik artrit (YIA) bolalar va o'smirlarning revmatologik kasalliklari orasida etakchi o'rinni egallaydi. Kasallikning tez-tez sodir bo'lishi va og'ir kechishi, erta nogironlik tendentsiyasi, ichki organlarning (yurak, o'pka, buyraklar, ko'zlar) patologik jarayonga jalb qilinishi JIAni dolzarb tibbiy-ijtimoiy muammoga aylantiradi.

Tadqiqot maqsadi. Gomeostazning klinik, immunologik va sitokin parametrlariga asoslanib, balog'atga etmagan bolalar va o'smirlarni idyopatik artrit bilan davolashda asosiy dorilarni (metotreksat va sulfasalazin) retseptlashning differentsial yondashuvining ilmiy asosini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. O'rganish materiallari va ulardan kelib chiqadigan tavsiyalar bolalar va o'smirlarda YIA tashxisi, davolash va kechish prognozi bo'yicha Andijon viloyat klinik kardiologiya dispanserining kardio-revmatologiya bo'limining davolash-diagnostika ishlariga joriy etildi.

Tadqiqot natijalari. YIAda immunopatologik jarayonlarni amalga oshirishning muhim patogenetik omillari quyidagilardir: qon zardobida T-limfotsitlar yordamchilari (CD4+) sezilarli darajada oshishi, sitotoksik faollikka ega T-limfotsitlar (CD8+) faolligining sezilarli darajada pasayishi. immunoregulyatsion indeks (IRI) (CD4+/CD8+). Bundan tashqari, B-limfotsitlar (CD 19+) tarkibining o'rtacha o'sishi va CD95+ va HLA-DR+ limfotsitlarining ko'payishi bilan limfotsitlarning turli subpopulyatsiyalari o'rtasidagi o'zaro ta'sirning buzilishi belgilari xarakterlidir.

Klinik, laboratoriya, immunologik ko'rsatkichlar va qon zardobidagi o'rganilayotgan sitokinlar tarkibidagi o'zgarishlarni asosiy terapiya fonida dinamik monitoring qilish natijasida poliartikulyar va oligoartikulyar YIA variantlarini davolashda eng samarali dorilar aniqlandi, ularning retseptiga tabaqalashtirilgan yondashuvni talab qiladi.

Spontan va stimulyatsiya qilingan limfotsitik va monositik TNFa darajasi patologik jarayonning faolligini aks ettiradi va YIA natijalarini taxmin qilish uchun ishlatilishi mumkin.

Asosiy asosiy dori vositalarining qiyosiy klinik va immunologik testlari natijalari YIAning har xil turlarini erta samarali va etarlicha xavfsiz davolash imkonini beradi. Poliartritlik va tarqaladigan YIA variantlarini davolashda metotreksat eng samarali bo'lib chiqdi va doimiy YIA varianti uchun sulfasalazin.

Xulosa. Asosiy asosiy dori vositalarining qiyosiy klinik va immunologik testlari natijalari YIAning har xil turlarini erta samarali va etarlicha xavfsiz davolash imkonini beradi.

YIA ning poliartritik va tarqaladigan variantlarini davolashda metotreksat eng samarali bo‘lib chiqdi va YIA ning doimiy varianti uchun - sulfasalazin.

**YANGI TUG‘ILGANLARDA KINDIK QONI IMMUNOLOGIK
KO‘RSATKORLARINING CHAQAQLARDA ATOPIK FENOTIP SHAKLLANISHI
BILAN KLINIK-PATOGENETIK O‘ZARO BOG‘LIQLIGI**

Kadirov X.S.

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. So‘nggi o‘n yilliklarda dunyoning deyarli barcha mamlakatlarida atopik kasalliklar (atopik dermatit, bronxial astma, pollinoz, allergik rinit) tarqalishi sezilarli darajada oshgan. Ushbu tendentsiya tadqiqotchilarga atopiyaga moyil bo‘lgan odamlarda allergik reaksiyalarning ketma-ket rivojlanishini "allergik yurish" sifatida belgilashga imkon berdi. Ushbu kasalliklarning, ayniqsa, bolalar populyatsiyasida tarqalishi juda yuqori va oldini olish va davolash imkoniyatlari shunchalik cheklanganki, bu sohadagi fundamental tadqiqotlar uzoq vaqt davomida o‘z ahamiyatini yo‘qotmaydi.

Dunyoning ko‘plab mamlakatlarida (Angliya, Bolgariya, Vengriya, Germaniya, Polsha, Rossiya, AQSh va boshqa ko‘plab) o‘tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, iqtisodiy salohiyati yuqori bo‘lgan hududlarda istiqomat qiluvchi shahar va qishloq aholisining 10 dan 30% gacha. allergik kasalliklar.

Bunday tadqiqotlarda atopik kasalliklarning asosiy patogenetik bo‘g‘ini sifatida atopiya shakllanishining tabiiy immun mexanizmlarini o‘rganish muhim rol o‘ynaydi. Ko‘pgina tadqiqotchilar keng tarqalgan ekzoallergenlar - atopiya bilan aloqa qilishda IgE ning ortiqcha ishlab chiqarilishiga Th2-javobning ustunligida T-xelperlar (Th1/Th2-limfotsitlar) tizimidagi nomutanosiblikning etakchi rolini tan olishadi.

Tadqiqot maqsadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning kindik qoni immunologik ko‘rsatkichlarining atopik fenotip shakllanishi uchun prenatal xavf omillari bilan klinik va patogenetik bog‘liqligini o‘rganish va tug‘ilish paytida Th1 / Th2 limfotsitlari muvozanatining turli belgilarining prognostik ahamiyatini baholash. chaqaloqlik davrida atopik dermatit rivojlanish xavfini baholang.

Tadqiqot usullari. Amaliy sog‘liqni saqlash uchun atopik dermatitni rivojlanish xavfi yuqori bo‘lgan bolalar guruhlarini shakllantirish tizimi taklif etiladi, bu esa anamnestik (ijobiy atopik oila tarixi, ota-onalarning (xodimlarning) ijtimoiy holati, tug‘ilish vazni) kombinatsiyasi bilan erta profilaktika choralarini ko‘radi. 2900 g dan kam) va laboratoriya va immunologik (IFN-y+ / CD69- ning past miqdori) markerlari.

Tadqiqot natijalari. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar kogortasini istiqbolli kuzatish natijasida, chaqaloqlarda atopik dermatitning shakllanishi uchun eng muhim xavf omillari ijobiy atopik oilaviy tarix, ota-onalarning (xodimlarning) ijtimoiy holati, onaning bo‘yi ekanligi aniqlandi. 160 sm dan kam, onaning vazni 75 kg dan ortiq, yangi tug‘ilgan chaqaloqning vazni esa 2900 g dan kam bo‘lsa, qo‘shimcha retrospektiv tahlil atopik fenotipning shakllanishida og‘ir bo‘lmagan respirator infeksiyalarning himoya rolini va uning bilan bog‘lanishini ko‘rsatdi. erta sun‘iy oziqlantirish va hayotning 1 yilida tez-tez diareya epizodlari.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning kordon qonida umumiy (CD4+/IFNy+) va faollashtirilgan (CD4+/IFNy+/CD69+) interferon-y+ ishlab chiqaradigan th1-limfotsitlarning yuqori miqdori homilador oilaning katta miqdori va epizodlarining ko‘pligi bilan bog‘liq. bolaning hayotining birinchi yilidagi o‘tkir respirator virusli infeksiyalar, bu, ehtimol, oiladagi umumiy yuqumli yukning homila va chaqaloq immunitetining Th1 bog‘lanishining shakllanishiga ta’sirini aks ettiradi.

Aniqlanishicha, interferon-y+ (IFNy+/CD69-) ishlab chiqaradigan faollashtirilmagan kindik qoni mononuklear hujayralari (MPCs) ning pastligi atopik oila tarixining ijobiy bo‘lishi

($p=0,006$), homilador ayolning yashash joyida yashashi bilan bog'liq. shahar (qishloq joylar bilan solishtirganda, $p = 0,02$) va takroriy tug'ilishdan yangi tug'ilgan chaqaloqning erkak jinsi ($p = 0,008$), bu bolalarda atopiya shakllanishi uchun epidemiologik tasdiqlangan xavf omillariga mos keladi. Homilador ayolning uy hayvonlari bilan aloqasi interferon-y+ (IFNy+/CD69+ kichik turi) ishlab chiqaradigan faollashtirilgan IPC sonining ko'payishiga olib keladi, $p=0,03$.

Faollashtirilmagan interferon-g+ (IFNy+/CD69-) ishlab chiqaruvchi MIKlar sonining kamayishi, Th1/Th2 limfotsitlar muvozanatining intrauterin siljishidan dalolat beradi, chaqaloqlarda atopik dermatit rivojlanishining kuchli va mustaqil prognozchisi hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda IFNy+/CD69- subtipi bo'yicha BMD mutlaq soni kamaygan holda atopik dermatit rivojlanishining nisbiy xavfi 3,4 (1,19-9,69) ni tashkil etdi.

BMDda CD26+ va CD30+ sirt belgilarining ifodalanishi faollashtirilgan Th1/Th2 limfotsitlarining prenatal nisbatini aks ettiruvchi umumiy kordon qoni IgE ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Biroq, CD26+/CD30+ nisbatining pasayishi, shuningdek, umumiy kordon qoni IgE darajasi chaqaloqlarda atopik dermatit shakllanishining prognozi emas.

Xulosa. Miya omurilik patologiyasi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kordon qonining immunologik ko'rsatkichlari mutlaq va nisbiy limfopeniya bilan tavsiflanadi,

YORDAMCHI REPRODUKTIV TEXNOLOGIYALARDAN FOYDALANGAN SO'NG EGIZ TUG'ILGANLARDA GEMATOENSEFAL TO'SIQNING O'TKAZISHINI KLINIK-IMUNOKIMYOVIY BAHOLASH

Kadirov X.S.

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. Erta neonatal davrda tasvirlangan bolalar toifasida markaziy asab tizimining holatini o'rganish ayniqsa muhimdir. Erta neonatal davrda markaziy asab tizimining perinatal lezyonlarini tashxislash uchun oltin standartning yo'qligi neonatologlar va nevropatologlarni diagnostika usullari to'plamidan (NSG, MRI, kompyuter tomografiyasi, EEG va boshqalar) foydalanishga majbur qiladi, bu esa har doim ham imkon bermaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda CNS shikastlanishining og'irligini baholash uchun zarur bo'lgan keng qamrovli ma'lumotlar. Biokimyoviy va immunokimyoviy usullar markaziy asab tizimining holatini in vivo baholash uchun istiqbolli bo'lib, ular qon zardobida miyaga xos moddalarning paydo bo'lishi bilan birga miya to'qimalarida metabolizmdagi ba'zi o'zgarishlarni tahlil qilish imkonini beradi.

Tadqiqot maqsadi. Yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalangandan so'ng tug'ilgan yangi tug'ilgan egizaklarning qon-miya to'sig'ining o'tkazuvchanligini klinik va immunokimyoviy baholashni o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Klinik va immunokimyoviy ko'rsatkichlarga asoslanib, homiladorlik yoshi 32 dan 39 haftagacha bo'lgan egizaklardan tug'ilgan chaqaloqlarning salomatlik holatini, markaziy asab tizimining shikastlanish chastotasini, qon-miya to'sig'ining holatini baholang. Ekstrakorporal urug'lantirish, tabiiy ravishda sodir bo'lgan homiladorlikdan tug'ilgan egizak bolalar bilan solishtirganda.

Tadqiqot natijalari. Yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalangan ayollardan tug'ilgan bolalar ko'proq og'ir premorbid fonga ega, shu jumladan bepushtlikka olib keladigan omillar. Ekstrakorporal urug'lantirishdan keyin egizaklar bilan homiladorlik tabiiy ravishda yuzaga keladigan egizak homiladorlikdan ko'ra og'irroqdir; uzilish tahdidi (30 va 13%) va nefropatiya (40 va 23%) kabi keng tarqalgan va aniqroq asoratlar.

Tabiiy yo'l bilan va ARTni qo'llash bilan sodir bo'lgan homiladorlikdan tug'ilgan, bir xil homiladorlik yoshiga ega bo'lgan egizak bolalarning vazni va bo'yi ko'rsatkichlari va erta neonatal davr kursi o'xshash. Ushbu guruhlarda farq qilmang

Egizak bolalarni tekshirish * paytida olingan neyrosonografik rasm, umuman olganda, homiladorlik davriga to'g'ri keladi. Ba'zi bolalarda topilgan GM etukligining neyrosonografik belgilari odatda homiladorlik davriga to'g'ri keladi va kontseptsiya usuliga bog'liq emas.

ARTni qo'llash natijasida yuzaga kelgan va tabiiy ravishda sodir bo'lgan homiladorlikdan egizaklardan tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning hayotining birinchi kunlarida neyrosonografiya bilan aniqlangan markaziy asab tizimining perinatal gipoksik-ishemik shikastlanishi NSE va NSE darajasining sezilarli darajada oshishi bilan tavsiflanadi. Kordon qon zardobida MBP. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kordon qon zardobida NSB kontsentratsiyasini oshirish: egizaklardan olingan erta tashxis sifatida xizmat qilishi mumkin! perinatal CNS shikastlanishining belgisi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning qon zardobidagi NSE va MBP darajalari tug'ilish paytidagi asab tizimining holatiga bog'liq va kontseptsiya usuli bilan bog'liq emas (yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalangan holda yoki foydalanmasdan).

Xulosa. Miya holatida buzilishlarsiz egizak bolalarning qon zardobida NSE va MBP ga antikorlar aniqlanmaydi. Shu bilan birga, miyaning immaturiyasining neyrosonografik belgilarining mavjudligi ba'zi hollarda (25% dan kam) qon zardobida MBP ga AT paydo bo'lishi bilan birga bo'lishi mumkin. NSE va MBP ga antikorlar kontseptsiya usulidan qat'i nazar, perinatal CNS zararlangan yangi tug'ilgan egizaklarning kindik qon zardobida topiladi..

HOMILADOR AYOLLARDA OIV-INFEKSIYASINING TIBBIY VA IJTIMOY MUAMMOSI

Kalniyazova I.B., Niyazova G.T.

*Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi,
Qoraqalpog'iston Respublikasi OITSGa qarshi kurash markazi*

Dolzarbli: Keyingi yillarda O'zbekiston Respublikasida yuqumli kasalliklar bilan kurashda katta yutuqlarga erishildi. Ammo OIV/OITS infeksiyasining homilador ayollar orasida tarqalishi muammosining perinatal transmissiyaga ta'sirini kuchaytirmoqda. OIV-infeksiyasi bilan kasallangan ayollarning aksariyati faol reproduktiv yoshdagi ayollar bo'lib, OIV yuqqan onalardan go'daklarga homiladorlik davrida (yo'ldosh orqali), tug'ish jarayonida (onaning qoni orqali) yoki ko'krak bilan emizish davrida (ona suti orqali) virusning o'tishini kamaytirish asosiy vazifa hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: homilador ayollarda OIV-infeksiyasining tibbiy va ijtimoiy muammosini o'rganish.

Tadqiqot material va uslublari: Qoraqalpog'iston Respublikasi OITSGa qarshi kurashish markazining 2020-2021 yillardagi rasmiy ma'lumotlari va hisobot shakllari, epidemiologik va statistik uslublar.

Tadqiqot natijalariga ko'ra 2020-yil Qoraqalpog'iston Respublikasida OIV infeksiyasi bilan kasallanish ko'rsatkichi (100 ming aholi soniga nisbatan intensiv ko'rsatkich) 4,4 tashkil etgan bo'lsa, 2021 yil ushbu ko'rsatkich – 5,1 ni tashkil etgan. 2020yil Qoraqalpog'iston Respublikasi tumanlari kesimida homiladorlar o'rtasida OIV infeksiyasi bilan kasallanish holatlarining tahlili natijalariga ko'ra eng yuqori ko'rsatkich (100 ming aholi soniga nisbatan) Beruniy (16,5), To'rtko'1 tumani (7,0) va Ellikqal'a tumanlariga (4,4), keyingi o'rinda Taxiatosh va Xo'jayli tumanlari (4,1), Amudaryo (3,5), Chimboy (2,7), Nukus shahri (2,5), Qo'ng'iro't (1,5) ni tashkil etgan va eng past ko'rsatkich Taxtako'pir tumaniga (0,9) to'g'ri kelganligi aniqlangan.

2021-yil davomida tumanlar kesimida o'tkazilgan tahlil natijalariga ko'ra eng yuqori ko'rsatkich (100 ming aholi soniga) nisbatan To'rtko'1 (15,5), Beruniy tumani (9,8) va Xo'jayli (6,6), Ellikqal'a (4,4), Nukus shahri (4,3) ga, keyingi o'rinda Chimboy va Kegeyli

(2,8), Amudaryo (2,5), Qonliko‘l (2,0), Qo‘ng‘irot (1,5), eng past ko‘rsatkich Taxiotosh tumaniga (1,3) to‘g‘ri kelganligi aniqlangan.

2020-2021 yillarda Mo‘ynoq, Taxtako‘pir, Shumanoy, Qorauzyak va Bo‘zatov tumanlarida kasallanish holatlari aniqlanmagan.

Oxirgi yillarda Qoraqalpog‘iston Respublikasida ham OIV-infeksiyasi bilan kasallanishning jinsiy yo‘l bilan yuqishi ortib borishi kuzatilmoqda. 2020 yilda ro‘yxatga olingan holatdan 85,5% ni jinsiy yo‘l orqali yuqish, 3,6% ni parenteral yo‘l orqali yuqish, 4,8% ni yuqish yo‘li noaniq bo‘lib, vertikal yo‘l orqali yuqish aniqlanmagan. 2021-yilda esa 84,7% ni jinsiy yo‘l orqali yuqish, 8,2% ni parenteral yo‘l orqali yuqish, 2,0% ni yuqish yo‘li noaniq bo‘lib, 1% vertikal yo‘l orqali yuqish holatlari aniqlangan. Ijtimoiy holati bo‘yicha bu jarayonlar mehnat migratsiyasiga bog‘liqligi aniqlandi. Chunki mamlakatdan chiqib ketgandan keyin hulq atvori bo‘yicha ijtimoiy nazorat keskin kamayadi. Ulardagi odatiy bo‘lib qolgan ahloqni o‘zgartirish esa, yanada mushkul. Bu holat, OIV-infeksiyasiga qarshi tadbirlarni, ayniqsa kasallik yuqishi xavfi yuqori bo‘lgan guruhlarga mo‘ljallangan tadbirlarning ko‘lamini kengaytirish, ilmiy asoslangan yuqori samarali yo‘nalishlarni ishlab chiqish va amaliyotga tadbir qilishni taqozo etadi.

2020-yilda OIV-infeksiya bilan kasallangan va nazoratga olingan bemorlarning 57,9% ni erkaklar, 42,1% ni ayollar tashkil qilgan bo‘lsa, 2021-yilda 58,1% ni erkaklar (shundan 1,4% ni 18 yoshgacha bo‘lgan o‘g‘il bolalar), 41,9% ni ayollar (shundan 2,2%ni 18 yoshgacha bo‘lgan qiz bolalar) tashkil qilganligi aniqlangan. OIV-infeksiyasi aniqlangan shaxslarning aksariyati faol yoshdagi mehnatga qobilyatli yoshdagi aholiga to‘g‘ri keladi.

2020-yilda OIV infeksiyasi yangi aniqlangan homilador ayollar 5,9% ni tashkil etgan bo‘lsa, bu ko‘rsatkich 2021-yilga kelib 9,1%ga oshgan.

2020 yilda jami OIVga 39892 nafar kontingent homilador ayollar, 2021-yilda esa 42910 nafar homilador ayollar tekshirilgan.

Xulosa: 2020-yil Qoraqalpog‘iston Respublikasi tumanlari kesimida homiladorlar o‘rtasida OIV infeksiyasi bilan kasallanish holatlarining tahlili natijalariga ko‘ra eng yuqori ko‘rsatkich Beruniy tumaniga, 2021-yilda esa To‘rtko‘l tumaniga to‘g‘ri kelgan. Oxirgi yillarda OIV-infeksiyasi bilan kasallanishning jinsiy yo‘l bilan yuqishi ortib borishi kuzatilmoqda. 2020-yilda OIV infeksiyasi yangi aniqlangan homilador ayollar 5,9% ni tashkil etgan bo‘lsa, bu ko‘rsatkich 2021-yilga kelib 9,1%ga oshgan.

MOLECULAR AND GENETIC ASPECTS OF CHRONIC DISEASES OF THE LOWER RESPIRATORY TRACT IN CHILDREN

Karimova N.I.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics

The aim of the study was to determine the molecular genetic aspects of the polymorphism of CC16 (A38G) and IL-4 (C-590T) genes in the development and course of chronic diseases of the lower respiratory tract in children.

Materials and methods. In 209 children from 1 to 15 years, a molecular genetic study of the frequency of distribution of alleles and genotypes of CC16 (A38G), IL-4 (C-590T) gene loci was conducted, of which 56 children were with bronchial asthma (BA), 85 children with chronic bronchitis (ChB), 68 children – with acute obstructive bronchitis (AOB).

Results and discussion. A molecular genetic study showed that when studying the C-590T (IL-4) locus in the group with BA, the frequency of A alleles is dominant and occurs significantly higher compared to the G allele (60.71% vs. 39.29%, respectively), in the group with ChB - 64.58% vs. 35.42%. In the group with AOB, the G allele carrier was detected with a higher frequency compared to the control group (40.91% vs. 23.6%). A comparative analysis of the distribution of CC16 (A38G) alleles and genotypes between the BA and ChB groups showed: the frequency of occurrence of the A allele is significantly lower in the group

of healthy children (22.24%) than in the group with BA (60.7%); the frequency of the G allele is more frequent in the group of healthy children than in BA and ChB (77.8% against 36.3% and 39.0%; RR=1.3; OR=2.1); a high frequency of the A/A and A/G genotype was found compared with the control group (54.8% vs. 26.7%; $\chi^2=5.03$; RR=1.6; OR=2.4); carriers of the G/G genotype have the opposite trend. Differences in the frequency of occurrence of allelic and genotypic variants of IL-4 gene polymorphism (C-590T) showed that the A/A genotype was significantly more common in the group of children with BA and ChB compared with the control group (33.3% and 21.67% vs. 6.67%, $\chi^2=0.7$; RR=1.8; OR=1.9).

Conclusions. The predictor role of the polymorphic locus C-590T of the A/G genotype of the IL-4 gene, which was a genetic marker of BA, and A38G of the A/A genotype of the CC16 gene, which was a genetic marker of ChB, was determined. Children with BA and ChB with the G/G genotype carrier are associated with a high frequency of recurrent bronchial obstruction and are at risk of developing chronic pathology. Children with the carrier of the mutational genotype G/G of both nucleotides and representatives of Gln27Glu with the heterozygous genotype A/G of the IL-4 gene (C-590T) are at risk of severe bronchial obstruction in children, which leads to the development of severe BA.

EPILEPSIYA VA HOMILARLIK UCHUN ZAMONAVIY TERAPEVTIK TAKTIKALAR

Kosimxojiyeva F.T.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbliqi. Epileptologiyaning rivojlanishidagi yutuqlarga qaramasdan* “epilepsiya va homiladorlik” aspektida hal etilmagan muammolar ko‘p. Epilepsiyada mavjud bo‘lgan buzilishlar homiladorlik va tug‘ish jarayoniga, homilaning rivojlanishiga va yangi tug‘ilgan chaqaloqning holatiga, keyinchalik bunday ayollarda yosh bolalarga ta’sir qiladi. Bu erda davom etayotgan epileptologiyaga qarshi terapiya katta rol o‘ynaydi. Homiladorlikning asab trimestrida TQDni qabul qilgan ayollarning bolalarida tug‘ma anomaliyalar xavfi katta ahamiyatga ega.

Ayollarda epilepsiyani davolash muammosi ko‘plab o‘ziga xos jihatlarni hisobga olish kerak, masalan, xavf > boshlang‘ich geraniumning foyda nisbati, IEPni tanlash epilepsiya bilan og‘rigan ayolning fikri bor. TQDlarni qabul qilish va homiladorlikning birinchi trimestrida, beta-malformatsiyalari bo‘lgan bolaga ega bo‘lish ehtimoli 92-96% ni tashkil qiladi, bu umumiy populyatsiyadagi bunday hodisalarning taxminan 98% bilan solishtirish mumkin.

Izlanish maqsadi. Tadqiqot davomida dolzarb bo‘lmagan maqsad homiladorlik, tug‘ish va tug‘ruqdan keyingi davrda TQD epilepsiyasini davolash taktikasini ishlab chiqish, epilepsiya bilan og‘rigan homilador ayollar va ularning yangi tug‘ilgan chaqaloqlarida asoratlarni kamaytirishdir.

Materiallar va uslublar. 2021 yildan 2022 yilgacha bo‘lgan davrda kriptogenik epilepsiya bilan og‘rigan 129 nafar ayolning homiladorlik va tug‘ish jarayoni tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Etarli kontratseptiv terapiya fonida umumiy va qisman epilepsiya homiladorlik, tug‘ish va tug‘ruqdan keyingi davrga sezilarli ta’sir ko‘rsatmaydi.

Homiladorlik davrida epilepsiyaning nazoratsiz kechishi epileptik holatning rivojlanishi uchun xavf omili bo‘lib, tug‘ruq va tug‘ruqdan keyingi davrda asoratlarni keltirib chiqaradi, bu esa reanimatsiya va shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladi. Ushbu toifadagi bemorlarda erta tug‘ilish ehtimoli ko‘proq,

Epilepsiyada homiladorlikni muvaffaqiyatli uzaytirish mezonlari individual antikonvulsanlar bilan ionoterapiya paytida tutilishlar sonining farmakologik kamayishi, shuningdek, EEGda epileptik o‘zgarishlarning yo‘qolishi va qo‘pol ruhiy o‘zgarishlarning yo‘qligi hisoblanadi.

Antikonvulsant terapiya samaradorligining pasayishi homiladorlikning ikkinchi trimestriga xosdir, bu qon plazmasidagi antikonvulsanlar kontsentratsiyasining o'zgarishi bilan tasdiqlanadi.

Epilepsiya bilan og'rigan ayollarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ahvoli umumiy aholiga qaraganda og'irroq bo'lib, bu Apgar skorida aks etadi. Bu bolalarda GNPO CNS zararlanishi ehtimoli ko'proq. Homila malformatsiyasining yuqori chastotasi qayd etilgan.

Xulosa. Tadqiqot homilador ayollarda epilepsiya kechishining diagnostikasi, klinik belgilari va prognozi imkoniyatlarini oydinlashtirish imkonini berdi. Epilepsiya bilan kasallangan homilador ayollarni davolashda kompleks yondashuv. Elektrofiziologik va laboratoriya diagnostikasi usullarining informativligini taqqoslash epilepsiya kursining yomonlashuvi va perinatal asoratlarni rivojlanish xavfini bashorat qilish uchun eng muhim parametrlarni aniqlashga imkon berdi.

HOMILADOR AYOLLARDA EPILEPSIYANING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

*Kosimxojiyeva F.T.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbli. Epilepsiya aholi orasida 1% gacha bo'lgan chastota bilan qayd etilgan va eng keng tarqalgan nevropsikiyatrik kasalliklardan biri hisoblanadi.

Homiladorlik davrida epilepsiyaning paydo bo'lishi nafaqat miya shishi, balki yurak-qon tomir patologiyalari, kollagenozlar, miya anevrizmalari, kavernöz gemangiomas, arteriovenoz malformatsiyalar bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Tug'ilishda birinchi marta epileptik tutilishni rivojlanish ehtimoli qabul qilinadi va homiladorlik paytida - hatto kasal bo'lmagan ayollarda epileptik holatning namoyon bo'lishi. Shuning uchun homiladorlik epilepsiyasi deb ataladigan simptomatik bo'lishi mumkin, genetik, umumiy va fokal tutilishlar homiladorlik paytida, tug'ruq paytida va tug'ilgandan keyin bir yil ichida mumkin.

Tadqiqot maqsadi. Ushbu ishda amal qilinishi kerak bo'lgan asosiy qoidalarning qisqacha mazmuni. Shuni ta'kidlash kerakki, oxirgi 2-3 yil davomida epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda homiladorlikni boshqarishda salbiy holatlarga duch kelmadik.

Materiallar va uslublar. 2021 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda fokal epilepsiya bilan og'rigan 129 nafar ayolning homiladorlik va tug'ish jarayoni tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari. Asosiy guruhda (n = 129) 14 (10,8%) homilador ayollar valproatni 1000 mg yoki undan ortiq sutkalik dozada monoterapiyada yoki kontseptsiya bosqichida boshqa antikonvulsanlar bilan birgalikda qabul qilishdi. Bizning ma'lumotlarimizni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, tutilish chastotasi har to'rtinchi homilador ayolda, ko'pincha II va III trimestrlarda (mos ravishda 26,3% va 22,5%) sodir bo'lgan, bu esa 9 homilador ayolga qo'shimcha PEPni kiritishni talab qildi (7,0%).

Biz tomonidan tekshirilgan bemorlarning 58 tasida (45,0%) birinchi bo'lib tug'ilish, 30 yoshdan oshgan primiparlar 12 (9,3%). Kasalxonaga yotqizishning eng keng tarqalgan sabablari homila-platsenta yetishmovchiligi (n=17; 13,2%) va turli homiladorlik yoshlarida abort qilish xavfi (n=36; 27,9%) bo'lgan, ammo 36 holatdan 11 tasida (30,6%) homilador ayollar kasalxonaga yotqizilgan. konvulsiv tutilish rivojlanishidan keyin "abort tahdidi" so'zi bilan. 38 (29,5%) ayolda homiladorlik bilan bog'liq shish paydo bo'ldi. Bemorlarning dastlabki antiepileptik terapiyasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 74 ayol epilepsiyani davolash uchun "oltin standart" sifatida belgilangan monoterapiya rejimida dori-darmonlarni qabul qilgan. Tekshiruvdan o'tgan bemorlarning 3 nafari PEPni mustaqil ravishda bekor qildi, birida esa homiladorlik fakti aniqlangandan keyin dozani kamaytirdi.

Kasalxonaga yotqizishning eng keng tarqalgan sabablari fetoplazental etishmovchilik (13,2%) va homiladorlik tahdidi (27,9%) edi. 38 (29,5%) ayolda shish, 2 (1,6%) bemorda o'rtacha preeklampsi rivojlangan.

Muddatli o'z-o'zidan tug'ilish homilador ayollarning 83,7 foizida, shu jumladan egizakli bir bemorda va epilepsiya uchun sezaryen so'ng bachadon chandig'i bo'lgan bir bemorda sodir bo'lgan.

Homilaning vakuumli ekstraksiyasi 3 (2,3%) homilador ayollarda, 18 (14%) bemorda sezaryen o'tkazilgan va faqat 3 tasida epilepsiya operativ tug'ilish uchun asosiy ko'rsatma bo'lgan.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 97,69% qoniqarli holatda, uchta (2,31%) bola o'rtacha asfiksiya holatida tug'ilgan. Beshinchi daqiqada barcha bolalar uchun Apgar ko'rsatkichi 8 va 9 ballni tashkil etdi.

Xulosa. Shunday qilib, homiladorlik davrida epilepsiya bilan og'rigan bemorlarni kuzatish uchun tavsiya etilgan usulning samaradorligi uni amaliy sog'liqni saqlashda keng qo'llashni tavsiya qilish imkonini beradi. Homiladorlikga tayyorgarlik ko'rish, homiladorlik va tug'ishni boshqarish algoritmi diagrammada ko'rsatilgan.

EPIDEMIOLOGY OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY

Kuzieva G.A.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Arterial hypertension (AH) of pregnant women occupies a special place among the topical issues of modern medicine. It is an integral part of at least two extremely acute medical and social problems today: hypertension in general and the reproductive health of the nation. The main problem of hypertension in pregnant women: the lack of a unified terminology, the use of different classifications and criteria of hypertension, tactics of management of patients. Based on evidence-based medicine, we tried to present the classification of hypertension in pregnant women and the principles of drug therapy, including emergency care for hypertensive crisis.

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

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

The results of the study. Epidemiological studies have shown that preeclampsia is mainly a disease of the first pregnancy. The risk of preeclampsia is usually lower in the second pregnancy than in the first pregnancy, if the woman has a new partner for the second pregnancy. One explanation is that the risk is reduced by repeated exposure to specific antigens of the same partner. However, the difference in risk could instead be explained by the interval between births.

Obesity is a serious problem for women during pregnancy and childbirth. About 34% of pregnant women have a body mass index (kg/m²) of more than 25, although recent data indicate that the number of overweight women is approaching 50%. There are well-known risks associated with obesity during pregnancy. Maternal complications include an increased risk of hypertension, preeclampsia, gestational diabetes, and infectious complications. Even moderate overweight is a risk factor for gestational diabetes and hypertensive disorders during pregnancy. Women who are overweight or obese are more likely to require induction of labor and have a high percentage of surgical delivery. Low Apgar scores, macrosomia, neural tube defects are more common in children whose mothers are obese than in children whose mothers have a normal body mass index. Maternal obesity increases perinatal mortality.

On average, the cost of prenatal and postpartum care is higher for overweight mothers than for mothers with a normal body mass index. Children whose mothers are overweight need to be hospitalized in intensive care units more often than children of mothers with normal weight.

Conclusion. The presented materials on the management of pregnant women with various hypertensive conditions are based on the recommendations of leading foreign societies for the study of hypertension in pregnant women.

Arterial hypertension is undoubtedly an urgent problem in pregnant women, requiring early diagnosis and timely treatment, as well as subsequent careful monitoring.

Timely initiation of adequate therapy, which is inherently preventive, can significantly improve the prognosis of the outcome of pregnancy for the mother and for the fetus.

RISK FACTORS AND PREVENTION OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY

Kuzieva G.A.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Hypertensive conditions in pregnant women is a concept that combines various clinical and pathogenetic types of hypertensive disorders. In some cases, women before pregnancy may have a history of chronic kidney disease, which is an etiological factor of increased blood pressure; in others, essential hypertension; thirdly, in normotensive women before pregnancy, increased blood pressure is induced by pregnancy itself, the so-called gestational forms – gestational hypertension and preeclampsia. Moreover, in the structure of the causes of arterial hypertension during pregnancy, the greatest role is assigned to the latter, which, according to M.A.Brown and M.L.Buddle account for the predominant part of all hypertensive disorders in pregnant women: gestational hypertension – 43%, preeclampsia – 27%, essential hypertension – 19%, preeclampsia layered on previous hypertension – 7%, secondary (symptomatic) hypertension – 4%.

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

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

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

Preeclampsia developed in 3.9% of women during the first pregnancy, in 1.7% during the second pregnancy and in 1.8% of women during the third pregnancy when the woman was with the same partner. The risks in the second or third pregnancy are directly related to the time that has passed since the previous pregnancy, and when the interval is 10 years or more, the risk approaches that of unborn women. The protective effect of a previous pregnancy from preeclampsia is temporary.

Maternal complications include an increased risk of hypertension, preeclampsia, gestational diabetes, and infectious complications. Even moderate overweight is a risk factor for gestational diabetes and hypertensive disorders during pregnancy. Women who are

overweight or obese are more likely to require induction of labor and have a high percentage of surgical delivery.

Low Apgar scores, macrosomia, neural tube defects are more common in children whose mothers are obese than in children whose mothers have a normal body mass index. Maternal obesity increases perinatal mortality.

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

Drug treatment should be carried out with caution due to the possible slowing effect of certain drugs on the growth and development of the fetus. However, the risk of teratogenic and embryotoxic effects of drugs should not be exaggerated, since the refusal of their reasonable use can harm the health of not only the mother, but also her unborn child.

FEATURES OF THE COURSE OF CELIAC DISEASE IN CHILDREN

Makhsudova H.F.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Celiac disease (gluten enteropathy) is a chronic genetically determined autoimmune T-cell-mediated enteropathy characterized by persistent intolerance to specific proteins of the endosperm of some cereals with the development of atrophic enteropathy and associated malabsorption syndrome.

The introduction of modern diagnostic methods has led to a significant increase in the number of patients with celiac disease due to the detection of latent, hidden forms of the disease. Clinical manifestations of celiac disease in children in the acute period are well known, while the pathogenesis, polymorphism of the clinical picture in the long-term period, the relationship with the dietary factor still remain a little-studied area. In the literature there are only isolated data on prospective studies of children with celiac disease devoted to the diagnosis of clinical manifestations, the dynamics of morphological and immunological indicators, depending on from the strictness of the gluten-free diet.

The purpose of the study. To establish the features of the course of celiac disease in children with long-term pathogenetic therapy.

Materials and methods of research. 88 children with celiac disease who were on inpatient treatment in the gastroenterological department of the MPDB of Andijan were examined.

The results of the study. The detectability of the disease in children of the Andijan region in 2008 was 40.83 per 100,000 children. The features of clinical manifestations of celiac disease include: the same frequency of occurrence of typical and atypical forms, the absence of differences in morbidity between boys and girls, a high incidence of deficiency conditions (physical development delay (63%), anemia (67%), delayed sexual development (28%), decreased bone mineral density (25%)) and associated diseases (thyroopathy (17%)), earlier manifestation of enteral syndrome and combined damage to the mucous membrane of the stomach and duodenum. Typical celiac disease is characterized by the maximum concentration of tissue-specific antibodies of class G and pronounced morphological disorders of the cytoarchitectonics of the mucous membrane of the small intestine in the form of hyperregenerative atrophy.

Children born with a symptom complex of intrauterine development delay, in the presence of pathological HLA markers (DQA1*0501B1*0201), are predisposed to the realization of typical celiac disease with a vivid manifestation and the development of

numerous deficient conditions, and also demonstrate the pro-inflammatory orientation of the cytokine cascade (increased TNF-a, HJI-ip), decreased activity of humoral the level of immunity (IgA), the maximum severity of tissue-specific antibody and refractory to treatment.

Probands with celiac disease and relatives of the first degree of kinship are characterized by unidirectional changes on the part of the humoral link of immunity (hypergammaglobulinemia, tissue—specific antibody), cytokine status - in the form of an increase in the level of pro-(TNF-a, IL-1p) and anti-inflammatory (IL-4, IL-1Pa, INF-u) cytokines, which determine type C, the development of complications and the nature of the response to pathogenetic therapy. High heritability coefficients were established for IL-4 (88%), INF-u, (82%), IL-1R (52%).

Markers of celiac disease according to the HLA system were detected in all patients with celiac disease in the Andijan region and 92% of siblings. Pathological haplotype DQA1*501*501 was associated with a typical form of the disease (100%), the development of complications (anemia (71%), decreased bone mineral density (64%), delayed physical development (86%), selective IgA deficiency (79%)) and refractory celiac disease (71%).

Polymorphic variant (+3953)A1/A2 of the IL1 gene is associated with celiac disease (TDT=5.823; p=0.016). The association of the IL4 gene with the typical form of the disease (TDT=12.00; p=0.001), delayed physical development (TDT=8,491; p=0.004), decreased bone mineral density (TDT=12.023; p=0.001) was established. The association of the IL1RN gene with a decrease in bone mineral density (TDT=4,225; p=0.040), IL1B with a delay in physical development (TDT=3,841; p=0.050) was found.

Conclusion. The study revealed the possibility of using the level of antigliadin antibodies for the differential diagnosis of celiac disease with other forms of malabsorption, even with their moderate increase.

The relationship between the timing of the onset of the disease, the speed of development of symptoms, the degree of impairment of physical development and the level of antigliadin antibodies is described, which makes it possible to use these insufficiently specific parameters in a complex for differential diagnosis.

The features of clinical manifestations of celiac disease include: the same frequency of occurrence of typical and atypical forms, the absence of differences in morbidity between boys and girls, a high incidence of deficiency conditions (physical development delay (63%), anemia (67%), delayed sexual development (28%), decreased bone mineral density (25%)) and associated diseases (thyroopathy (17%)), earlier manifestation of enteral syndrome and combined damage to the mucous membrane of the stomach and duodenum.

FARG'ONA VODIYSIDAGI HOMILADOR AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI KAMQONLIGI.

Mamadaliyeva M.M.

Andijon davlat tibbiyot institute

Kirish. Ushbu ishda akusherlik va perinatal amaliyotdagi dolzarb jahon muammosi - homilador ayollarda temir tanqisligi kamqonligi ko'rsatilgan. Ushbu patologiya diagnostika, profilaktika va davolashning zamonaviy usullarini joriy etishiga qaramay, hozirgi vaqtda muhimligicha qolmoqda. Homilador ayollarda qon kasalliklari orasida anemiyaning turli shakllari 90% ni tashkil etishi, shundan 75-90% temir tanqisligi anemiyasi (TTA) ekanligi aniqlandi. Anemiyaning boshqa shakllari homilador bo'lmagan ayollar populyatsiyasiga qaraganda tez-tez uchramaydi.

Tadqiqot maqsadi. Farg'ona vodiysida yashovchi homilador ayollarda kamqonlik sindromining rivojlanish chastotasi va xususiyatlarini aniqlash, tarkibida temir moddasi

bo‘lgan dori vositalarining samaradorligini hisobga olgan holda temir tanqisligi kamqonligining diagnostikasi va davolash tamoyillarini ishlab chiqish va asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Istiqbolli tadqiqot tadqiqot maqsadlariga qarab 4 mustaqil guruhga bo‘lingan 102 ayolni o‘z ichiga oldi.

Tadqiqot natijalari. Farg‘ona vodiysi sharoitida yashovchi 50 nafar balog‘at yoshidagi qizlarning 29 tasida (58%) temir tanqisligi holati aniqlangan. Temir tanqisligi bo‘lgan o‘smirlarning 78 foizida past ijtimoiy-iqtisodiy turmush darajasi, 82 foizida - ozuqaviy omil qayd etilgan.

Farg‘ona vodiysi sharoitida yashovchi homilador ayollarda temir tanqisligi kamqonligi va yashirin temir tanqisligi mos ravishda 44% va 96,5% da kuzatiladi.

Temir tanqisligi anemiyasi uchun xavf omillari quyidagilardir: ijtimoiy-iqtisodiy omillar (qiyosiy xavf 1,7), og‘ir akusherlik va ginekologik tarix (qiyosiy xavf 1,6), surunkali yallig‘lanish kasalliklarining o‘tkir va kuchayishi (qiyosiy xavf 1,2).

Temir tanqisligi kamqonligi bilan og‘rigan 150 homilador ayolning 46 tasida (30,7%) qalqonsimon bez patologiyasi aniqlangan, bu anemiya sindromi bo‘lgan barcha homilador ayollarda qalqonsimon bez funksiyasini tekshirish zarurligini ko‘rsatadi.

Homiladorlik fiziologik davom etayotgan ayollarda qon zardobida temir va ferritinning bosqichma-bosqich pasayishi kuzatiladi, bu III trimestrda eng aniq namoyon bo‘ladi, ko‘rsatkichlarning mos ravishda $12,3 \pm 1,4$ mkmol / l va $18,9 \pm 1,7$ mg / l ga pasayishi kuzatiladi. periferik qonda gemoglobinning amalda barqaror kontsentratsiyasining fonida, bu to‘qima va transport temirining yashirin tanqisligi mavjudligini ko‘rsatadi.

Shuning uchun gemoglobin indeksi homilador ayollarda temir tanqisligi darajasini baholash uchun yetarli mezon emas. Qon zardobidagi temir darajasini aniqlash bilan birgalikda gemogrammaning bir nechta ko‘rsatkichlarini (gemoglobin, rang indeksi, gematokrit) o‘rganish maqbuldir.

Turli xil temir o‘z ichiga olgan preparatlarning qiyosiy tavsiflari sorbifer durules, ferrum lek va fenyullar eng samarali ekanligini ko‘rsatdi. Ushbu dorilar gemoglobinning juda tez o‘shishini ta‘minlaydi, davolanish boshlanganidan keyin 8 hafta ichida ferrokinetik ko‘rsatkichlarni tiklashga yordam beradi. Totem preparatlari va Ferroples zardobdagi temir va ferritin miqdorini oshirish bo‘yicha eng kam samarali bo‘lib chiqdi.

Yon ta‘sirlarning eng yuqori chastotasi sorbifer durules (30%), undan keyin ferroples, totem (13,3%) va fenular (6,6%) sabab bo‘ladi. Ferrum Lekni qabul qilish aniq nojo‘ya ta‘sirlar bilan birga kelmaydi, ushbu preparat bilan davolashning samaradorligi istisnosiz barcha bemorlarda qayd etilgan.

Har qanday temir preparatlari bilan davolash fonida homiladorlik va tug‘ish natijalari yanada qulayroq bo‘ldi: erta tug‘ilish, tug‘ruqdagi anomaliyalar, qon yo‘qotishning kamayishi, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun qulayroq natijalar va ularning yuqori Apgar ball.

Xulosa. Shunday qilib, yuqorida aytilganlarning barchasidan xulosa qilishimiz mumkin, homilador ayollarda IDA ona va homila uchun juda ko‘p asoratlarni keltirib chiqaradigan jiddiy patologiya hisoblanadi. Shuning uchun bu muammo majburiy va darhol tuzatishni talab qiladi.

HOMILADOR VA TUG‘RUQ YOSHIDAGI AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI (PATOGENEZI, TASHHISI, OLDINI OLISH, DAVOLASH)

*Mamadaliyeva M.M.
Akusherlik va ginekologiya kafedrasida №1
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlariga ko‘ra, har yili temir tanqisligi kamqonligi tashxisi qo‘yilgan homilador ayollar soni 20 millionga etadi.

Temir tanqisligi anemiyasi qonda, qizil suyak iligida (QSI), shuningdek depoda (jigar, taloq, mushaklar) temir etishmasligi bilan tavsiflanadi, bu esa asosiy tarkibiy komponent bo'lgan gem shakllanishining buzilishiga olib keladi. gemoglobin.

Ko'pgina mualliflar homilador ayollarning o'rtacha va ba'zan yashirin (latent) temir tanqisligi sifatida namoyon bo'ladigan fiziologik TTA ni ajratib ko'rsatishadi. Buning sababi homilaning aylanishi uchun zarur bo'lgan aylanma qon hajmining oshishi hisoblanadi.

Fiziologik TTA tufayli qon reologik xususiyatlarini o'zgartiradi, uning viskozitesi pasayadi, chunki gematokrit kamayadi. Shu bilan birga, mikrosirkulyatsiyaning yaxshilanishi kuzatiladi, bu homiladorlik davrida tabiiy moslashish mexanizmi - platsentaning normal ishlashi va homilaning ovqatlanishi.

Tadqiqot maqsadi. Belgilangan patogenetik variantlar asosida homilador va tug'ruq davridagi ayollarda temir tanqisligi holatlarini tashxislash, oldini olish va davolashni optimallashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Istiqbolli tadqiqot tadqiqot maqsadlariga qarab 4 mustaqil guruhga bo'lingan 102 ayolni o'z ichiga oldi.

Tadqiqot natijalari. Yengil MJ bilan asoratlangan homiladorlikda, temir tanqisligi bilan asoratlanmagan homiladorlik bilan solishtirganda, platsenta etishmovchiligi va erta tug'ilish 4 marta ko'proq rivojlanish ehtimoli; 1,5 marta tez-tez - abort tahdidi; bemorlarning 1/3 qismida tug'ruqdan keyingi davr MJ bilan murakkablashadi; tug'ruqdan keyingi qon ketish va yuqumli asoratlar paydo bo'lishi ehtimoli sezilarli darajada oshadi; erta neonatal davrda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda erta tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish chastotasi va asoratlari sezilarli darajada yuqori. Engil MJ bo'lgan homilador ayollarda temir tanqisligi to'liq muddatli bolalarning tana vazniga va tug'ilish paytida Apgar skoriga sezilarli ta'sir ko'rsatmadi.

Homilador ayollar va tug'ruq davrida temir tanqisligi holatlari rivojlanishi bilan, temir tanqisligi bosqichiga mutanosib ravishda eritropoetin ishlab chiqarishning etarlik darajasining pasayishi kuzatiladi. Eritropoetinning etarli darajada ishlab chiqarilmasligining chastotasi o'rtacha engil MJ bo'lgan homilador ayollarning 47,2 foizida va tug'ruqdan keyingi davrda MJning og'irligiga mutanosib ravishda aniqlanadi (engil og'irlikdagi tug'ilishning 12 foizi, o'rtacha og'irligi bilan 50 foizi va og'irligi bilan 80 foizi). MJning og'irligi).

WDN bilan homilador ayollarda temir terapiyasining samaradorligi elementar temir dozasi va endogen eritropoetin darajasiga bog'liq. Eritropoetinning etarli darajada bo'lgan homilador ayollarda davolash samaradorligi etarli darajada bo'lmagan homilador ayollarga nisbatan 2,5 baravar yuqori.

Oxirgi 5 yil ichida homilador va tug'ruq davridagi ayollarda aniq temir tanqisligi (MID) chastotasi pasayish tendentsiyasiga ega emas va homilador ayollarda 25,9% va tug'ruq paytida 11,2% ni tashkil qiladi.

WDN diagnostikasi, oldini olish va davolash algoritmi ishlab chiqildi, bu homilador ayollar va tug'ruqdan keyingi davrda skrining natijalariga ko'ra (turli xil temir almashinuvi fondlarining ko'rsatkichlarini aniqlash) WDN ning patogenetik variantini aniqlash va individuallashtirish imkonini beradi. davolash.

Ishlab chiqilgan algoritmi keng akusherlik amaliyotiga joriy etish WDNning dastlabki bosqichlarini aniqlash, ona, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda MAD rivojlanishini (94%) va unga bog'liq bo'lgan asoratlarni samarali oldini olish va samarali patogenetik davolashni ta'minlash imkonini beradi.

Xulosa. Ko'pgina rivojlangan mamlakatlarda profilaktika dasturlari tashkil etilganiga qaramay, TTA darajasi pasaymaydi, aksincha, uni 12 barobar oshirish tendentsiyasi mavjud.

Agar jahon statistikasini hisobga oladigan bo'lsak, rivojlangan mamlakatlarda homilador ayollarda TTA bilan kasallanish rivojlanayotgan mamlakatlarga qaraganda deyarli 3 baravar kam. Bu davlat darajasida amalga oshirilayotgan dasturlar bilan bog'liq bo'lib, keyingi boshqaruv maqsadida barcha homilador ayollarni majburiy tekshiruvdan o'tkazishni nazarda tutadi.

TTA ning katta ahamiyati nafaqat homilador ayollar o'rtasida ekstragenital kasalliklar tarkibida ushbu patologiyaning ko'pligi, balki barcha tizimlar va organlarning faoliyatiga, shuningdek, homiladorlik, tug'ish, tug'ruq, tug'ruqdan keyingi davr va boshqa kasalliklarga salbiy ta'sir ko'rsatishi bilan bog'liq.

STAFILOKOKKLARNING AYOLLAR ORGANIZMDA O'ZGARUVCHANLIGI VA ULARNING AHAMIYATI

*Mamadiyorova M. M.
Andijon Davlat Tibbiyot instituti*

MAVZUNING DOLZARBLIGI. Odamning terisi va shilliq pardalari steril emas, ularni patogenlardan himoya qilishda organizmning immun tizimi ishtirok etadi. Stafilocokklar shartli patogen mikroblar, ya'ni bu mikroorganizmlar sog'lom inson tanasida tinch yashashi mumkin va immunitetning pasayishi bilan turli kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. Ayniqsa homiladorlik davrida gormonal o'zgarishlar ayolning immunitetini pasaytiradi va uning tanasi zaif bo'ladi. Bunday holatda, homiladorlik davrida oltin stafilocokklar endi shartli ravishda patogen, ular jinsiy organlarda yashashi va qovuqning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari epidermal stafilocokk terining sirtida yashaydi, agar u teri bo'shlig'iga kirsam yiringli yallig'lanish va jarohatni bitishini qiyinlashtirishi mumkin.

IZLANISH MAQSADI. Ayollar tug'uruq yo'llarida uchrovchi stafilocokklar va ularning ayol organizmiga va bolaga ta'sirini o'rganish, ularning zararli oqibatlarini tahlil qilish, oldini olish choralarini izlash.

TADQIQOT MATERIALLARI VA USLUBLARI. Buning uchun Samarqand viloyati Perinatal markazi bo'limiga 18 martdan 6- may oralig'ida shoshilinch yotqizilgan 96 nafar 18-44 yoshgacha bo'lgan ayollar qinidan surtma olinib laborator usulda tekshirib ko'rildi.

OLINGAN NATIJALAR. Tajribamiz davomida stafilocokklar miqdorining o'zgaruvchanligi 18-25 yoshgacha bo'lgan o'rta bo'yli ayollarning 3 nafarida 18 o'n usti 6 dan 20 o'n usti 2 gacha, 19 nafarida o'zgarish qayd etilmadi. 18-25 yoshgacha bo'lgan kalta bo'yli ayollarning 1 nafarida 15 o'n usti ko'rinishida 4 o'zgarish qayd etildi. 12 nafarida bu miqdor ahamiyatli o'zgarish kasb etmaydi. 18-25 yoshgacha bo'lgan uzun bo'yli 5 nafar ayollarda esa 21 o'n usti 2 dan 26 o'n usti 4 gacha bo'lgan o'zgarishlar qayd etildi, shulardan 21 nafarida patologiya aniqlanmadi. 25-35 yoshgacha bo'lgan o'rta bo'yli ayollarning 8 nafarida o'zgarish kuzatilmadi, 25-35 yoshgacha bo'lgan kalta bo'yli ayollar 9 nafarida deyarli o'zgarish qayd etilmadi 1 nafarida 18 o'n usti 5 oralig'ida o'zgarish aniqlandi. 25-35 yoshgacha bo'lgan baland bo'yli ayollarning 4tasida mikrofloralar o'zgaruvchanligi kuzatilmadi, 2 tasida bu miqdor 12 dan 14 o'n usti 4 ekanligini kuzatamiz. 35-44 yoshgacha bo'lgan o'rta bo'yli ayollarimizning 2 nafarida stafilocokklarning ahamiyatli o'zgaruvchanligi kuzatilmadi. 1 nafarida 13 o'n usti 2 ga teng, 35-44 yoshgacha bo'lgan kalta bo'yli ayollarning 3 nafarida mikrofloralar miqdori normada, 1 nafarida 12 o'n usti 6 ko'rinishda o'zgarish mavjudligi aniqlandi. 35-44 yoshgacha bo'lgan 3 nafar ayollarda mikrofloralar miqdori normada, 2 nafarida 11 o'n usti 2 dan 12 o'n usti 5 oralig'ida ekanligi aniqlandi.

XULOSA. 48 kunlik tajribamiz davomida 18-25 yoshgacha bo'lgan o'rta bo'yli ayollarimizning (3%) da, 18-25 yoshgacha bo'lgan kalta bo'yli ayollarimizning (1%) da, 18-25 yosh oralig'ida o'zgarish kuzatilmadi. 25-35 yoshgacha bo'lgan o'rta bo'yli ayollarimizda ham o'zgarish kuzatilmadi. 25-35 yoshli kalta bo'yli ayollarimizda (1%)da 25-35 yoshgacha bo'lgan baland bo'yli ayollarimizning (2%) da, 35-44 yoshgacha bo'lgan o'rta bo'yli ayollarimizda (1%), 35-44 yoshgacha bo'lgan kalta bo'yli ayollarimizda (1%), 35-44 yoshgacha bo'lgan baland bo'yli ayollarimizda (2%) o'zgarishlar qayd etildi. Homiladorlik davrida stafilocokklar xavf tug'dirishi mumkin. Tug'uruq vaqtida bolaning infeksiya

yuqtirishiga sabab bo'lishi va tug'uruqdan keying asoratlar (endometrit, choklar va teri qoplamalar ustida choklarning divergrnsiyasi) olib kelishi mumkin. Bundan ona va bolaning ilk chilla davrida har qanday mikrofloralarning o'zgaruvchanligi, ularni nazorat ostiga olish muhim hisoblanib, ularning kelajakdagi noxush asoratlarini oldini olishga imkon yaratadi.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF TREATMENT OF CYSTIC DRIFT

*Mamadzhanova Sh.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Vesicular drift (PZ) is the most common trophoblastic tumor in clinical practice, which is the result of pathological fertilization.

In recent years, the expediency of classifying PD as stage 0 of trophoblastic tumors and the isolation of clinical prognostic factors of the aggressiveness of the course of PD along with the determination of the level of chorionic gonadotropin (hCG) in blood serum have been actively debated

The purpose of the study. To conduct a comparative characterization of methods of treatment of cystic drift, including acute curettage and manual vacuum aspiration.

Materials and methods of research. To assess the features of the clinical course of cystic drift from 2019-2020, we examined 83 patients with various forms of cystic drift.

The results of the study. Depending on the morphological data of the study, we identified the following forms: simple cystic drift — 76 patients (67.2%), proliferating cystic drift — 30 patients (26.6%), invasive cystic drift — 7 patients (6.2%).

The age of women ranged from 21 to 43 years (on average 31.0 ± 0.6 years). In the group of simple cystic drift, women aged 21-40 years ($p < 0.001$) significantly prevailed, and in the group of women with proliferating cystic drift — aged 31-40 years ($p < 0.05$) compared with the group of invasive cystic drift. That is, the risk factor assessment showed that women over the age of 30 are significantly more likely to have a high risk of developing a bubble drift (sensitivity — 93.6%, specificity — 94.2%). Thus, the risk of developing a simple bladder drift increases in women over 30 years of age.

When studying the reproductive history of the examined women, it was found that there were 13 (24.8%) first-time pregnant women, 42 (75.2%) second-time pregnant women. In the groups of simple and proliferating cystic drift, repeat pregnancies significantly prevailed compared to the group of invasive cystic drift ($p < 0.01$).

When studying menstrual function in women with cystic drift in a retrospective study, the dependence of the frequency of occurrence and form of cystic drift on the time of menarche was revealed. So, later menarche (60%) is a prognostically unfavorable sign, since such women are more likely to develop proliferating and invasive forms of cystic drift. 9.3% of patients had menstrual irregularities, gynecological diseases were in the anamnesis in 55.7% of women: inflammatory diseases of the uterus and appendages — in 42.9%, cervical erosion — in 12.8%.

The main complaints upon admission to the hospital were bloody discharge from the genital tract (72.3%), pain in the lower abdomen (7.6%), and 20.1% of patients had combined complaints.

All patients of the retrospective group underwent surgical curettage in a hospital setting. The contents of the curettage were subjected to histological examination and the diagnosis — bubble drift was verified.

Conclusion. After receiving chemotherapy, contraception is recommended for women. In our observation, women used oral contraceptives, since the use of combined oral contraceptives (COCs) after the evacuation of cystic drift before HCG normalization is safe, since the effect of COCs is not only to inhibit the secretion of gonadotropin-releasing

hormones, gonadotropin and ovarian hormones, temporary suppression of ovulation, but also to suppress endometrial proliferation and mitotic activity of the myometrium.

Thus, all pregnant women in the first trimester of pregnancy need comprehensive dynamic monitoring for early diagnosis, which allows timely detection of complications of the gestational process, which, in turn, is the key to effective treatment.

COMPLETE BLADDER DRIFT IN MULTIPLE PREGNANCIES - TESTS, OBSERVATION

*Mamadzhanova Sh.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Cystic drift (PZ) is the most common form of gestational trophoblastic disease. Its prevalence in Europe and North America is 0.5—1.84 per 1000 pregnancies, in Latin America, the countries of the Middle and Far East, the frequency is significantly (up to 10 times) higher. PS is characterized by macroscopic and histological changes in chorionic villi with their sharp edema, vesicular transformation, and varying degrees of trophoblast proliferation.

With a complete bubble drift (PPZ), all the villi are involved in the process; there is no embryo. With partial vesicular drift (PPD), both cystic-altered and normal villi are detected; the fetus is there, but often with congenital malformations and / or intrauterine growth retardation.

There is no doubt about the genetic nature of P.Z. It has been established that the cystic transformation of chorionic villi is associated with an increase in the dose of imprinted ** paternal genes in the fetal genome. In most cases, PPZ has a diploid set of chromosomes, and all of them are of paternal origin. It is believed that the chromosomal set of the sperm doubles, and the nucleus of the egg is inactivated or dies.

Dispersive fertilization is less common. In case of PPZ, the karyotype is triploid, while an additional third set of chromosomes is of paternal origin. It should be pointed out that there are other possible variants of changes in the genetic material in PD, which are relatively rare, the nature and mechanism of their development are described in detail in the article by E.A. Sazhenova et al.

The purpose of the study. To study the expediency of using clinical prognostic factors of the aggressiveness of the course of PD along with determining the level of HCG in the blood serum of patients after removal of the tumor.

Materials and methods of research. In a retrospective study, 50 women with various forms of cystic drift were selected according to morphological analysis. The patients were divided into groups depending on the morphological form of cystic drift: 76 patients had simple cystic drift, 30 patients had proliferating cystic drift, and 7 patients had invasive cystic drift.

The results of the study. In the surveyed group, ZT initiated by PZ were diagnosed in 15.7% of cases, which does not contradict the literature data. The diagnosis was made based on the criteria adopted by FIGO-WHO. All patients with ZTO initiated by PZ were assigned to a low-risk group for the development of resistance to methotrexate (≤ 6 points).

Currently, the only generally accepted marker of the aggressiveness of the course of PZ is the level of HCG in the patient's blood serum after removal of PZ. The expediency of using clinical prognostic factors affecting the course of the disease after the removal of PD is discussed.

To study the significance of the proposed factors, the examined patients with PD were divided into 2 groups:

- a low-risk group of malignancy (105 women);
- a high-risk group of malignancy (67 women).

In most cases, to cure patients at low risk of malignancy, it is enough to remove the vesicular tissue from the uterine cavity. The malignant course was diagnosed only in 2.9% of patients in this group, in all cases there was a preclinical form of the disease (an increase in the level of HCG in the blood serum).

Timely and accurate diagnosis of the CTO initiated by the PZ makes it possible to cure patients with minimal economic costs, preserving the absolute majority of them a high quality of life and the possibility of childbirth. The main condition for a positive result is strict compliance with the algorithm of examination and observation of patients after removal of the PD.

Conclusion. Thus, in both observations, the results of macro-, microscopic studies and IHCI correspond to dichoric twins with the development of PPD in one of the placentas, which is confirmed by the absence of expression of p57 in the tissue of vesicular drift with the normal distribution of this marker in a normally formed placenta and is consistent with the clinical and laboratory features of observations.

BRONXIAL ASTMA BILAN OG'RIGAN SEMIZLIK KUZATILGAN BOLLARDA KLINIK VA LABORATOR TADQIQOT XUSUSIYATLARI

*Maxpieva G.K., Shamsiev F.M., Azizova N.D.
Andijon Davlat tibbiyot instituti Andijon*

Dolzarbligi: Semizlik uglevod va yog 'almashinuvining murakkab o'zaro bog'liqlikdagi buzilishlari bo'lib, bolalarda kasallik fonida arterial bosimni ortishi, neyroendokrin buzilishlar, to'qimalarning insulinga sezgirligining pasayishi sharoitida - insulin qarshiligi (IR).

Ishning maqsadi: Maktab yoshidagi bronxial astma va semizlik kuzatilgan bolalarda asosiy klinik mezonlari.

Materiallar va usullar. Tashxis qo'yish uchun Semizlik va asthma kuzatilgan bolalardan anamnestik ma'lumotlar, klinik, laborator va biokimyoviy tadqiqot usullari natijalari hisobga olingan. Barcha bemorlar tor mutaxassislar tomonidan

tekshirilgan : LOR, allergolog, nevropatolog, kardiolog, endokrinolog, ftiziater.

Tadqiqot natijalari. Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki ushbu toifadagi bolalarda TVI yuqori ekanligini ko'rsatdi. Standart diapazoni og'ishlar (+) 2 SO - (+) 3 SO ga to'g'ri keldi - yosh va jinsga ko'ra, ya'ni. Bolalarning 57 foizi ortiqcha vaznga ega edi. Qiyosiy tahlilimizda semizlik bilan og'rigan BA bilan og'rigan barcha bolalarda teri osti yog qavati haddan tashqari rivojlanganligi, BA bilan og'rigan bolalarda esa normal chegaralarda ekanligi aniqlandi.

BA/SA koeffitsientini hisoblash asosida (bel aylanasi/son aylanasi) aniqlandi, astma bilan og'rigan semirib ketgan bolalarning 67,8 foizida qorin bo'shlig'ida yog 'to'planishi kuzatilgan, ko'pincha o'g'il bolalar (75 (75,0%) va 25 (25,0%) qizlar). 37 bolada - 26,4% taqsimoti teri osti yog'i bir xilga yaqin edi.

Glikemik ko'rsatkichlar semiz bolalarning 23,0 foizida ko'tarildi, bu glyukoza bardoshliligining buzilganligini ko'rsatadi.

Semizlik bilan BA kuzatilgan bolalarni tekshirilganda turli darajadagi lipid almashinuvining buzilishi kuzatilgan. Maktab yoshidagi bolalarda dislipidemiya belgilari mavjud. Umumiy xolesterin (UX) kontsentratsiyasi o'rtacha 2,64-5,7 mmol / l ni tashkil etdi 3,8±0,28 mmol/l, faqat 27,2% bolalarda normadan (4,6 mmol/l) oshib ketgan, 18% da. bolalar <3,0 mmol/l. Yuqori zichlikdagi lipoproteinlar darajasi (LPYZ) 0,16-1,12 mmol/l ga yetdi. 90% bolalar bor edi

me'yordan past. Triglitseridlar (TG) ko'rsatkichlari bolalarning 50 foizida 0,8-1,85 mmol / l chegarasida aniqlangan.

me'yordan oshib ketgan, bu semirishning asosiy patogenetik omili hisoblanadi. Shunday qilib, olingan ma'lumotlarga asoslanib, biz maktab yoshidagi bolalarda semirishning asosiy klinik mezonlari ortiqcha vazn mavjudligini hisobga olish kerak degan xulosaga kelishimiz mumkin.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASINING METABOLIK AKTIVLIGI

Maxsudova X.F.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzablik. So'nggi yillarda mikroflora holatini baholashning istiqbolli usuli - mahalliy floraning metabolitlarini - yog kislotalarini xromatografiyasi (YOKX) ichakdagi najasni aniqlashga asoslangan gaz-suyuq xromatografiya usuli (GSX) ishlab chiqildi.

Adabiyotda bolalardagi virusli etiologiyaning YOKX uchun GSX usulini klinik baholashga bag'ishlangan alohida ajratilgan ishlar mavjud bo'lib, unda ichak disbiozi va koprofiltrat tarkibidagi turli xil YOKX larning tarkibi tahlil qilingan.

Ammo, shu paytgacha bolalardagi YOKX da anaerob floraning metabolik faolligidagi siljishlarning diagnostik va prognostik roli to'g'risida kelishuv mavjud emas, turli etiologiyali diareyadagi disbiotik buzilishlarning biokimyoviy markerlari aniqlanmagan va virusli diareyada ichak disbiozini tuzatishda metabolik yondashuvlarning samaradorligi baholanmagan.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot hayotning birinchi yilidagi 121 bolada o'tkazildi. I guruhga 2 kundan 30 kungacha bo'lgan bolalar, II guruhga - 1-12 oylik bolalar kiradi.

Tadqiqot natijalari. Bolalarning najasidagi qisqa zanjirli yog kislotalarining miqdoriy va sifat jihatidan birlamchi ma'lumotlarini tahlil qilganda (n=103) metabolik profilning 2 turi qayd etilgan: anaerob turi - 70% bolalarda va aerob turi - 30da. bolalar %.

Umumiy najasdagi sirka kislotasi (C2) darajasi barcha bolalarda $0,794 \pm 0,01$ mg / g ni tashkil etdi: I guruhda - $0,839 \pm 0,034$ mg / g, II guruhda - $0,779 \pm 0,012$ mg / g. Maksimal qiymat 3-6 oyda qayd etilgan - $0,823 \pm 0,028$ mg / g. Najasdagi C2 tarkibidagi farqlar yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 6-12 oylik bolalar (p 0,02), 3-6 va 6-12 oylik bolalar o'rtasida (p 0,04) aniqlandi. Barcha bolalarda propion (C3) va butirik (C4) kislotalar mos ravishda $0,126 \pm 0,01$ va $0,079 \pm 0,01$ mg / g ni tashkil etdi.

C3 ning eng yuqori darajasi 6-12 oylikda, eng past ko'rsatkichlar 3 oydan 6 oygacha bo'lgan bolalarda qayd etilgan. C3 darajasi va yosh o'rtasida ijobiy munosabat aniqlandi (r = 0,27; p <0,05). Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda najasda C4 ning miqdori $0,046 \pm 0,023$ mg / g, 1-12 oylik bolalarda $0,091 \pm 0,01$ mg / g (p 0,02); C4 ning maksimal qiymati - $0,114 \pm 0,02$ mg / g - 6-12 oy ichida qayd etilgan. Yoshi bilan najasda C4 darajasining oshishi tendentsiyasi kuzatildi. Najasdagi kislotalarning umumiy miqdori $6,908 \pm 0,67$ mg / g ni tashkil etdi: I guruhda $10,379 \pm 1,87$ mg / g, II guruhda - $5,764 \pm 0,61$ mg / g (p 0,02).

Eng kam umumiy kislotalar miqdori 3-6 oylik bolalarda ($2,285 \pm 0,05$ mg / g). 1 yoshga kelib, SCFA ning umumiy tarkibi kamaydi (r = -0,365; p <0,005). Umuman olganda, anaerob indeks $0,319 \pm 0,04$ mg / g ni tashkil etdi, maksimal qiymat 6-12 oylik bolalarda, eng past ko'rsatkich esa 3-6 oylik bolalarda edi.

Hayotning ikkinchi yarmidagi bolalarda mikrobiotaning funktsional faolligini shakllantirish xususiyatlari ikki turdagi metabolik profilning mavjudligi bilan tavsiflanadi - anaerob (bemorlarning 70%) yoki aerob (30%). Bifidobakteriyalar bilan boyitilgan fermentlangan sut mahsulotlarini boyitilmagan mahsulotga nisbatan iste'mol qilish yosh bolalarda ichak mikrobiotasining metabolik faolligini shakllantirishga sezilarli darajada ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Metabolik faollik profilining anaerob turida bioqaymoqli sut, aerob turida esa bioryazhenka eng samarali ekanligi aniqlandi. Ikkinchisi mikrobiotaning funktsional

faoliyatidagi turli xil buzilishlarni va ichak motorikasining buzilishlarini tuzatish uchun mahsulotni tanlashga differentsial yondashuv uchun ishlatilishi mumkin.

Xulosa. Ushbu kuzatish shuni ko'rsatadiki, ma'lum bir tarkibga va xususiyatlarga ega fermentlangan sut mahsulotlari yosh bolalarda mikrobiotsenozning shakllanishiga va mikrobiotaning funktsional faolligiga hissa qo'shishi mumkin.

BOLALARDAGI O'TKIR ICHAK INFEKTSIYALARIDA IMMUNKORREKTSIYALOVCHI TERAPIYANING XUSUSIYATLARI

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. O'tkir ichak infeksiyalari (O'II) bugungi kungacha butun dunyo bo'ylab va mamlakatimizdagi yuqumli patologiya orasida etakchi o'rinlardan birini egallab kelmoqda, faqat o'tkir nafas yo'llari kasalliklari va gripoga nisbatan ikkinchi o'rinda turadi.

Hozirgi vaqtda opportunistik mikroorganizmlarni (shartli patogen shakli - SHPF) va ular tomonidan kelib chiqadigan kasalliklarni o'rganish tobora ommalashib bormoqda.

Bolalarda SHPF, klinik polimorfizm, diagnostika va davolashdagi qiyinchiliklar tufayli kelib chiqqan oshqozon-ichak (OIT)da sezilarli darajada tarqalishi ushbu muammoni yanada o'rganishni talab qiladi.

Tadqiqot maqsadi. Bolalarda immunitet holatidagi o'zgarishlarning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda o'tkir ichak infeksiyalarini davolash taktikasini takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Belgilangan vazifalarni hal etish uchun 5 oylik va undan katta yoshdagi 145 nafar o'tkir ichak infeksiyasi bilan og'rigan bemor tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. 14 yoshgacha bo'lgan, kasallikning 1-2-kunida kasalxonaga yotqizilgan, oziq-ovqat allergiyasi, laktaza etishmovchiligi va tadqiqot vaqtida probiyotiklar va immunomodulyatorlarni qabul qilish tarixi bo'lmagan.

Tadqiqot natijalari. Bolalardagi o'tkir ichak infeksiyalarining zamonaviy etiologik tuzilishida virusli diareya (76,6%) ustunlik qiladi, rotavirus infeksiyasining ulushi 53,8% ni tashkil qiladi.

O'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bolalarning 91,8 foizida diareya turi, kasallikning og'irligi va davridan qat'i nazar, induktsiyalangan alfa- va gamma-IFN ning etarli darajada ishlab chiqarilmasligi, shuningdek, fagotsitoz faolligining pasayishi kuzatiladi, bu esa sifatli ekanligini ko'rsatadi. o'tkir fazali immun javobidagi nuqson va immunitetning hujayrali aloqasi etishmovchiligi

Virusli etiologiyali ichak infeksiyasi uchun sitokin holatidagi aniq o'zgarishlar yallig'lanishga qarshi monokin IL-1R ishlab chiqarishni 6,2 marta va IL-6 ni 1,6 marta rag'batlantirish shaklida xarakterlidir, bu mahalliy kasallikning rivojlanishi bilan bog'liq. Ichakdagi yallig'lanish reaksiyasi va antikor ishlab chiqarishni faollashtirish Qonda IL-1 (3) darajasining aniq ortishi bilan nonspesifik himoyaning shakllanishi yoshi, kasallikning og'irligi va oshqozon-ichak trakti mavzusidan qat'i nazar sodir bo'ladi. o'tkir davrda va kasallikning tiklanish davrida

AII kursining og'irligi va davomiyligi kasallikning o'tkir davrida bolalarda immunologik holatning o'zgarishi bilan bog'liq bo'lib, fagotsitar indeks, fagotsitar soni 1,5-2 marta va immunoglobulin A 1,5 baravar kamayishi, gumoral faollashuv. immunitet M) va IL-1 darajasining oshishi (3 (6,2 marta) va IL-6 (1,5 marta) yallig'lanishga qarshi IL-1R va IL-6 intoksikatsiya sindromining belgilaridir.

Invaziv ichak infeksiyalarida sitokin holati parametrlarining o'zgarishi yallig'lanishga qarshi interleykinlar IL-1R 5 marta va IL-8 1,5 marta faollashishi bilan tavsiflanadi, bu 1 tip Tb va neytrofillarning immun javobining etarliligini aks ettiradi. bakterial antijenik stimulyatsiya uchun.

Rotavirus infeksiyalarida immunosupressiyaning asosiy omili interferon ishlab chiqarishni bostirishdir, bu induktsiyalangan IFN-a va IFN-y ning pasayishi bilan birga keladi va kasallikning o'tkir davrida kompleks davolashda interferon preparatlarini buyurish uchun asosdir. .

Viferon (interferon-a2b, shamlar) sitokinlarga immunoregulyatsion ta'sir ko'rsatadi, bu yallig'lanishga qarshi sitokinlar IL-1 p va IL-6 darajasining 1,2 baravar pasayishiga va induktsiyalangan a- va y-IFN ning ko'payishiga yordam beradi. mos ravishda 37,5% va 46 ,1% bolalarda normal, bu intoksikatsiya davomiyligining qisqarishi bilan birga keladi, $p < 0,05$. Viferonni "Bifiform Malysh" preparati bilan birgalikda monoterapiya bilan solishtirganda qo'llash klinik ta'sir bilan bir qatorda qonda yallig'lanishga qarshi IL-6 darajasining sezilarli darajada pasayishiga ($p = 0,025$) va uning ko'payishiga imkon beradi. 66,7% bolalarda induktsiya qilingan IFN-g darajasi normalgacha, bu dastlab past darajadagi interferonogenez bilan virusli diareyaning o'tkir davrida kombinatsiyalangan terapiyadan foydalanishning maqsadga muvofiqligini aniqlaydi.

Xulosa. O'tkazilgan immunologik tadqiqotlar immunobiologik preparatlar va interferon terapiyasi yordamida bolalarda AII uchun immunokorrektiv terapiya taktikasini asoslash imkonini beradi.

Viferon va "Bifiform Malysh" probiyotikining kombinatsiyasi bolalarda o'tkir ichak infeksiyalarini kompleks davolashda interleykinlar va interferonlarning yanada samarali immunokorreksiyasiga olib kelishi va o'tkir respirator virusli infeksiyalar va o'tkir ichak infeksiyalarining oldini olishga yordam berishi isbotlangan. kuzatish.

Turli xil etiologiyali AEIda immunitet holatining buzilishini immunobiologik tuzatish samaradorligi to'g'risida olingan ma'lumotlar bolalarning o'tkir davrida ham, reabilitatsiya davrida ham terapiya va reabilitatsiyani optimallashtirish uchun yangi imkoniyatlar ochadi, bu esa pediatriya amaliyotida probiyotiklar doirasini kengaytirishga yordam beradi.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF THE INITIAL STAGES OF GENITAL PROLAPSE FROM THE POSITION OF EVIDENCE MEDICINE

*Mirkhashimov M.B., Tadjieva M.A.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan
Tashkent Pediatric Medical Institute,*

Relevance. Treatment of pelvic organ prolapse is an urgent problem in modern gynecology. The variety of forms of the disease does not allow the development of a unified tactic of therapy, and the new methods of correction of pelvic organ prolapse introduced in the past few decades require careful study and comparison of their reliability and safety with more traditional methods.

Aim. To study the possibilities of conservative and surgical techniques in the treatment of the initial stages of genital prolapse, to assess their clinical efficacy and safety from the standpoint of evidence-based medicine.

Materials and methods. An analytical review of meta-analyzes and systematic reviews published over the past five years from Pubmed, eLibrary, Cochrane databases, as well as clinical guidelines of domestic and leading foreign associations such as RCOG, ACOG, NICE.

Results. In the approach to the correction of the initial forms of pelvic prolapse, conservative methods are distinguished, such as weight loss, prevention of constipation, training of the pelvic floor muscles and hypopressive exercises, the use of local estrogens, pessaries, laser technologies, and operational, among which correction with one's own tissues and using mesh implants (mesh technologies). It has been proven that preoperative preparation using pelvic floor muscle exercises has no clinical effect. When using pessaries, 72% of patients did not require surgery. There was no statistically significant difference in

recovery of sexual function, improvement in quality of life, and regression of prolapse symptoms with the use of mesh implants and self-tissue correction. In the Cochrane review, when mesh technologies are used, recurrence of prolapse occurs less frequently (RR 0.40, 95% CI 0.30 - 0.53), but more often surgery is necessary due to complications (RR 2.40, 95% CI 1.51 - 3.81). With vaginal surgery, compared with sacral colpopexy, there is a higher risk of recurrence (RR 1.89, 95% CI 1.33 - 2.70), reoperation (RR 2.28, 95% CI 1.20 - 4.32) and de novo dyspareunia (RR 2.53, 95% CI 1.17 - 5.50), but this meta-analysis did not specify the types of vaginal surgery. In addition, with laparoscopic and open operations, the risks of bleeding, postoperative complications and decompensation of somatic diseases are higher. At 5-year follow-up, mesh technologies show a small number of relapses and are not associated with a high incidence of severe complications.

Conclusions. Thus, the treatment of genital prolapse, especially in the initial stages, due to the variety of clinical and anatomical options, requires the most personalized approach to the patient. To date, there are a large number of therapeutic approaches, both conservative and operative, but the data are contradictory, and further research is needed on the effectiveness and safety of certain methods of correcting genital prolapse.

IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN WOMEN WITH UROGENITAL INFECTION AT EARLY TERMS OF MISSION OF PREGNANCY

*Muxitdinova K.O., Aleinik V.A., Babich S.M., Negmatshaeva H.N., Ibragimova S.R., Shokirova S.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The impact of infections on early pregnancy remains controversial, as some studies indicate an increased risk of miscarriage while others do not. It has been suggested that not just the presence of the bacteria themselves, but differences in host response to the presence of genital infections may contribute to an increased risk of preterm birth.

Purpose of the study: to study changes in immunological parameters and protease inhibitors in women with urinary tract infection in the early stages of miscarriage.

Material and methods. In the work, 35 women were examined, which were divided into 2 groups. Group 1 included 18 women with full-fledged pregnancy and full-fledged childbirth, who had genital infections (Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis) before pregnancy.

Group 2 included 18 women who had miscarriages at 12 weeks of gestation and also had genital infections before pregnancy (Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis).

In the blood of women before pregnancy, at 6 and 12 weeks of pregnancy, the following indicators were determined by ELISA: pro-inflammatory - interleukin-1 β (IL-1) and tumor necrosis factor- α (TNF- α), and anti-inflammatory - interleukin-10 (IL-10) using the test systems of CJSC "Vector-Best" Russia, also transforming growth factor- β 1 (TGF- β 1) using the test systems "DRG" Germany. In addition, protease inhibitors α -1-antitrypsin and α -2-macroglobulin were determined using Sentinel Italy test systems.

Results and it's discussion. From the data obtained, it was found that the level of TNF- α , IL-1 β in the blood, both in women with a full pregnancy with genital infections (Group 1), and in women with miscarriages with genital infections (Group 2) was significantly higher at the 6th week of pregnancy and even more at 12 weeks of gestation compared to pre-pregnancy levels. At the same time, the indicators of TNF- α , IL-1 β in women of the 2nd group were significantly and significantly higher than in women of the 1st group. At the same time, the level of IL-10 in the blood, both in women of group 1 and group 2, had the opposite direction. It decreased relative to pre-pregnancy values not significantly at

week 6 and significantly at week 12 in women of group 1, and also significantly at week 6 and 12 in women of group 2. In addition, it was found that all indicators of IL-10 in women of group 2 before pregnancy, at 6 and 12 weeks of pregnancy were significantly and significantly lower than similar results in women of group 1. It was also found that TGF- β 1 in the blood of women of the 1st group significantly increased at week 6 and even more at week 12 of pregnancy compared with similar indicators before pregnancy. At the same time, in women of the 2nd group, TGF- β 1 also had the opposite direction and significantly decreased at 6 and 12 weeks of pregnancy in relation to the results before pregnancy. At the same time, in women of the same group, the TGF- β 1 values at the 6th and 12th weeks of pregnancy were significantly lower than the same results of the 1st group. In the study of protease inhibitors, a change in α -1-antitrypsin was noted to a greater extent in women of the 2nd group. This was manifested in a significant decrease in this indicator before pregnancy, as well as at the 6th and 12th weeks of pregnancy in relation to the similar results of women in the 1st group. Also in a significant decrease in α -1-antitrypsin at 6 and 12 weeks of pregnancy in relation to similar results before pregnancy. Changes in α -2-macroglobulin were noted to a lesser extent. This was manifested in a slight increase in this indicator in women of the 1st group, at 6 weeks and even more at 12 weeks of pregnancy, compared with the results before pregnancy. However, in women of group 2 at 6 and 12 weeks of pregnancy, there was a significant decrease in α -2-macroglobulin, compared with the results in relation to similar data of group 1.

Conclusions: Thus, the presence of infectious factors in the absence of a significant pro-inflammatory immune response in early pregnancy and a sufficient corrective response of protease and TGF- β 1 inhibitors can contribute to a favorable course of early pregnancy and the development of a full-fledged pregnancy. However, in the presence of infectious factors and the presence of an excessive pro-inflammatory immune response in early pregnancy and an insufficient corrective response of protease inhibitors and TGF- β 1 may contribute to an unfavorable course of early pregnancy and the development of miscarriages. The results are consistent with the suggestion that not just the presence of the bacteria themselves, but differences in host response to the presence of genital infections may contribute to an increased risk of preterm birth.

ME'YORIY VA ERTA MENOPAUZA KUZATILGAN AYOLLARNI SALOMATLIGINI SAQLASH MASALALARI

*Nabieva D. yu., Muxitdinova T. K.,
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. Reproktiv tizimning qarishi vaqt o'tishi bilan uzoq muddatli jarayon bo'lib, uning dastlabki bosqichida tug'ilish susayadi va kelajakda tuxumdonlarning gormonal funksiyasini to'liq o'chirib qo'yadi. Menopauzal o'tish-oxirgi hayz (menopauza) uchun 40-45 yil vaqt, va uning davomiyligi haqida 10 yil o'rtacha.

Erta menopoz bilan, o'z vaqtida farqli o'laroq, biokimyoviy va molekulyar-biologik qarish jarayonlari kaskadining nafaqat reproduktiv, balki ayolning tanasida ko'plab o'ziga xos tizimlar ham juda erta boshlanishi mavjud. Muddatli" erta menopoz "yoki" tuxumdon funksiyasi erta etishmovchiligi (PNA) " 40 yoshgacha ayollarda o'rta hipergonadotropik amenore, hipoestrogeniya belgilari va bepushtlik bilan xarakterlanadi simptomokompleks, belgilangan.

Tadqiqotning maqsadi. Klinik, ijtimoiy va axloqiy omillarni o'rganish va ayollarda erta menopauza belgilari rivojlanishi ularga tibbiy yordam sifatini yaxshilash uchun.

Tadqiqot materiallari va usullari. 70 yil urogenital atrofiyasi belgilari ayollar uchdan birida aniqlangan keyin esa, pollakiuriya turi bilan siyish buzilishi - faqat 9 (12,8%), 2 (2,8%) da, atrofik vaginit belgilari kuzatilgan 55 bemorlarning, va ular aniq quyida estrogen darajasida bir tomchi bilan bog'liq edi 50 pmol/l. PN bilan tekshirilgan bemorlarda estradiol darajasi o'rtacha $69,4 \pm 20,3$ pmol / l edi, bu ehtimol urogenital kasalliklarning noyob ko'rinishini tushuntiradi.

Tadqiqot natijalari. Estradiol valerat va medrok-siprogesteron asetat qabul paytida PNA bilan bizning bemorlar bir tabiiy hayz o'xshash reaksiya, asiklik qon ketishi yo'q edi kuzatildi. 3 bemorlar mustaqil homiladorlik edi, va ulardan biri, abort tahdid qaramay, u sog'lom bola tug'ilishi davrida yakunlandi, ikkinchi - bir necha mustaqil hayz tsikli fonida - 6-7 hafta va nihoyat, uchinchi da muzlab homiladorlik HRT uzoq muddatli qabul keyin keldi. Hozirgi vaqtda ushbu bemorda homiladorlik davri 19-20 hafta edi.

12 oylik davolanishdan so'ng, kup-perman indeksi $15,5 \pm 1,4$ dan $5,1 \pm 1,3$ balgacha ($p < 0,05$) kamaydi. $10,27 \pm 2,17$ dan $2,1 \pm 0,3$ ballgacha bo'lgan vazomotor simptomlarning kamayishi, $27,14 \pm 5,7$ dan $13,2 \pm 3,1$ ballgacha bo'lgan va jismoniy va jinsiy ($33,4 \pm 7,1$ dan $14,2 \pm 2,7$ ballgacha bo'lgan $8,3 \pm 1,4$ ballgacha bo'lgan) buzilishlarning yumshatilishi bilan namoyon bo'ldi. $2,4 \pm 1,5$ ball) sohalari.

($2 \pm 90,8$ IU/l uchun $51,15 \pm 11,4$ dan) LH darajasi deyarli 2 marta kamaydi, FSH - 2 marta ko'proq ($115,8 \pm 5,2$ dan $47,4$ IU/l): topilmalar etishmayotgan jinsiy gormonlar etarli to'ldirish ko'rsatdi va gormonal tadqiqotlar tomonidan tasdiqlangan. Gonadotropinlarning tushishi bilan bir vaqtda E2 darajasi 2,2 marta oshdi ($76,7 \pm 10,7$ dan $252,3 \pm 31,7$ pmol/l ga). Terapiya vaqtida testosteron darajasini taxminan 20% ga ($0,9 \pm 0,28$ dan $1,1 \pm 0,3$ nmol/l ga, $p < 0,05$ ga) oshirdik.

10 yoki undan ko'p yillar davomida HRT ni o'tkazish bilan og'rigan bemorlar jinsiy gormonlarni tayinlash differentsiatsiya qilinishi kerak. 35 yilgacha bo'lgan davrda, HRTGA qarshi kontrendikatsiyaga ega bo'lmagan va birgalikda autoimmun patologiyadan aziyat chekmagan bemorlar dori-darmonlarni qo'llash usulini ko'rsatadi. Gemostaz tizimi (surunkali ICE sindromi yoki trombofiliya oilaviy shakli), oshqozon-ichak trakti kasalliklari va 38dan kattaroq bemorlar uchun xavf omillari mavjud bo'lsa, jinsiy steroidlarning transdermal shakllarini tayinlash ko'rsatiladi. 10 yildan so'ng barcha bemorlarning gormonlarini doimiy ravishda qabul qilish xavf omillarining mavjudligi yoki yo'qligiga qaramasdan, hRTning transdermal shakllariga o'tkazilishi kerak.

HRT bemorlarning hayot sifatini yaxshilash, ularning jismoniy va ruhiy salomatligini saqlab qolish uchun yordam beradi. HRT olgan ayollar dispanser nazoratida bo'lishi kerak. Zamonaviy tibbiy ustuvorliklar asosida, jinsiy gormonlar etishmovchiligi fonida shakllangan kasalliklarning oldini olish va davolashni birinchi o'ringa qo'yish, gormonal terapiya reproduktiv yoshdan postmenopozalgacha bo'lgan ayollar salomatligini saqlashning haqiqiy o'lchovidir.

Xulosa. Tibbiy-ijtimoiy tadqiqotlar natijalari erta menopozli ayollarga tibbiy yordam sifatini tahlil qilish va menopauzaning erta boshlanishi bo'lgan ayollarga tibbiy yordamni yaxshilash bo'yicha ishlarning mumkin bo'lgan yo'nalishlarini aniqlash imkonini berdi.

ERTA VA MUDDATIDAN AVVALGI MENOPOZA SHAKLLANISHINI NAZORAT QILISH MASALALARI

*Nabieva D. yu, Muxitdinova T. K.,
Toshkent tibbiyot akademiyasi
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Dolzarbligi. Hozirgi vaqtda menopozning xronologik parametrlari, ayniqsa uning dastlabki komponenti etarli emas. Ushbu ko'rsatkich 40 dan 44 yilgacha o'zgarib turadi.

Menopoz tadqiqotlari uzoq vaqt davomida butunlay qarama-qarshi nuqtai nazarga olib keldi. Menopozning tibbiy modeli klimakterik sindromning alomatlarini aniqlashga qaratilgan. Endokrinologlar menopozni estrogen etishmovchiligi sababli etishmovchilik kasalligi sifatida aniqladilar. Sotsiologlar menopozning ijtimoiy va madaniy tarkibiy qismini ta'kidlab, ular menopauzaning alomatlari qanday algilandigina va qanday his etilganiga ta'sir qiladi.

Menopozni o'rganish uning turli jihatlarini baholash uchun disiplinlararası yondashuvni talab qiladi. Menopozning boshlanishi vaqti alohida va tuxumdonlarning morfo-funksional xususiyatlariga bog'liqligini tushuntirish mumkin. Ekzogen va endogen ta'sirlar menopozni yaqinlashtirishi mumkin.

Adabiyotda erta menopauzaning paydo bo'lishiga ta'sir qiluvchi omillar tizimlashtirilmagan. Bundan tashqari, erta menopauzaning rivojlanishini prognoz qilishning ishonchli mezonlari ishlab chiqilmagan.

Tadqiqotning maqsadi. Klinik, ijtimoiy va axloqiy omillarni o'rganish va ayollarda erta menopauza belgilari rivojlanishi ularga tibbiy yordam sifatini yaxshilash uchun.

Tadqiqot materiallari va usullari. 70 yil urogenital atrofiyasi belgilari ayollar uchdan birida aniqlangan keyin esa, pollakiuriya turi bilan siyish buzilishi - faqat 9 (12,8%), 2 (2,8%) da, atrofik vaginit belgilari kuzatilgan 55 bemorlarning, va ular aniq quyida estrogen darajasida bir tomchi bilan bog'liq edi 50 pmol/l. PN bilan tekshirilgan bemorlarda estradiol darajasi o'rtacha $69,4 \pm 20,3$ pmol / l edi, bu ehtimol urogenital kasalliklarning noyob ko'rinishini tushuntiradi.

Shu bilan birga, vaginada proliferativ jarayonlarni to'xtatishga va kollagen miqdorini kamaytirishga, laktobasillni qisman yo'q qilishga, shuningdek, vagina devorida qon oqimining pasayishiga olib keladigan estrogen etishmovchiligini uzoq muddat bartaraf etish, keyinchalik transudatsiyani kamaytirishga olib keladi, natijada urogenital traktning jiddiy patologiyasini shakllantirishga olib keladi.

Tadqiqot natijalari. Ayollarda erta menopozning shakllanishi uchun tibbiy va ijtimoiy sharoitlar reproduktiv salomatlik parametrlari-bepushtlik, tug'ilishning yo'qligi, kamida 3 abort qilish, o'z-o'zini himoya qilishning buzilishi-6 yildan ortiq muntazam chekish, past turmush darajasi bilan birga jismoniy faollikning pasayishi.

Erta menopozning boshlanishi uchun xavf omillari keyinchalik menarx, reproduktiv yoshdagi qon ketish hisoblanadi. Erta jarrohlik bo'lmagan menopozning o'ziga xos xususiyatlari nörovegetativ kasalliklarning ustunligi bilan klimakterik sindromning og'ir shakllarining yuqori chastotasi hisoblanadi. Jarrohlik erta menopoz bo'lgan ayollarda metabolik kasalliklar va urogenital kasalliklar ustunlik qiladi.

Erta menopauza ega bo'lgan ayollarda gormonal parametrning xarakterli xususiyati tabiiy menopauza ega bo'lgan ayollarga nisbatan 1,2 marta past bo'lgan FSH qiymatining pastligi.

Erta menopozning oldini olish uchun FSH darajasini kuzatish va dinamik aniqlash, shuningdek, gormonal yoki muqobil terapiyani o'z vaqtida tayinlash bilan ayollar uchun xavf guruhlarini tanlash kerak.

Erta menopoz bilan ayollar uchun tibbiy yordam sifati axloqiy va huquqiy tarkibiy qismi qoniqarli tan olinishi mumkin emas, bemorlarning 37,6%, 38,5%) sog'liqni saqlash xodimlari tibbiy aralashuvini nazorat qilish, o'z navbatida, davolash usuli tanlash uchun bemorning huquqini ixtiyoriy amalga oshirish ko'rib - 28,3% va 58,6% va boshqalar.

Sog'liqni saqlash xodimlari va bemorlar o'rtasidagi munosabatlar quyidagicha ifodalanadi: to'liq yoki qisman ishonchsizlik (65%) va bemorning sog'lig'iga qiziqish yo'qligi (70%), bemorlarning o'z huquqlarida etarli darajada xabardor emasligi (55%).

Menopauzaning erta boshlanishi bo'lgan ayollarga tibbiy xizmat ko'rsatishni tashkil etishda ikki guruh odatiy tartibsizliklar aniqlandi. Tashxis sohasida: gonadotropik va tiroid gormonlari, densitometriya darajasini nazorat qilish, sut bezlari holatini o'rganish. Davolash sohasida: patogenetik terapiyani tayinlash faqat 45,6% ayollarda; gormonal terapiya uchun

ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalarning noto'g'ri taktikasi, ayollar orasida kam bilim darajasi va shifokor tomonidan etarli profilaktika ishlari.

Xulosa. Tibbiy-ijtimoiy tadqiqotlar natijalari erta menopozli ayollarga tibbiy yordam sifatini tahlil qilish va menopauzaning erta boshlanishi bo'lgan ayollarga tibbiy yordamni yaxshilash bo'yicha ishlarning mumkin bo'lgan yo'nalishlarini aniqlash imkonini berdi.

REHABILITATION PROGRAM FOR CHILDREN WITH ANORECTAL MALFORMATION

Narbaev T.T., Turaeva J.T.
Tashkent Pediatric Medical Institute

Background. A lot of research has been devoted to rehabilitation issues in children with anorectal malformation, but the stages and methods of their implementation are contradictory and cause controversy. Rehabilitation of children with anorectal malformation should take place during the examination and surgical treatment. The operation is only a stage in the complex treatment of children with malformations of the anorectal region. Choosing it correctly and getting its perfect execution, the absence of postoperative complications, of course, will contribute to obtain good functional results. But the final result will be determined mostly by the quality of rehabilitation measures in the near and further postoperative period. Rehabilitation, in combination with the use of physiotherapy procedures, should be carried out without interruption until the normal function of the newly formed anus and rectum is achieved.

Aims. Improving the results of treatment of anorectal malformations through a program of rehabilitation measures.

Materials and methods. The work is based on the results of pre and postoperative rehabilitation treatment for 309 children with anorectal malformation in the departments of surgery departments of the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute for the period from 2000 to 2021.

All children, along with routine and general clinical examination methods, underwent: plain radiography of the abdominal cavity, fistuloirrigography, excretory urography, cystography, ultrasound of the perineum (pelvis), neurosonography (NSG), screening tests. Physiotherapeutic procedures (electrophoresis with lidase, magnetotherapy, intrarectal darsonval, ultrasound, exercise therapy, perineal electrical stimulation and massage).

Results. Treatment results are better in the group where the rehabilitation was carried out according to the program, as well as in full and constantly, until the intestine reaches the full functionality, which helped to reduce disability, improve treatment results, improve the quality of life and social adaptation of children with anorectal malformation.

After engraftment of the rectum brought down in any way to the center of the external sphincter of the rectum (2.5-3 weeks after the operation), gradual bougienage of the newly formed anus with Hegar's dilators began. If before the closure of the colostomy, bougienage was carried out 2-3 times a day for 3-5 minutes, then after its elimination - at least 1 time per day. The duration of bougienage depended on the condition of the anus. In cases where there are no signs of its stenosis, after 1-1.5 months, control bougienage can be done 1 time in 3-5 days for the same period, and then 3 times a month for a year. In the future, the issue was resolved individually.

With this method of forming the anus, the muscles of the external sphincter and the pelvic floor are gradually stretched, but not torn or even torn. After removing the bougie, they return to their original shape. From the moment when the anus begins to pass the nail phalanx of the index finger of the mother of the child, bougienage is carried out with a finger with a constant desire to insert it deeper and deeper to the proximal end of the main phalanx. This tactic made it possible to prevent the development of cicatricial narrowing of the foramen.

Along with this, there was a gradual expansion of the anal canal, as well as the formation of a reflex to the act of defecation.

Bougienage and finger massage of the anus to the child were carried out in conjunction with physiotherapy

Conclusions. The use of a rehabilitation program led to a reduction in complications and a reduction in disability. It was possible to significantly improve the quality of life of patients, to prevent anal incontinence, which helped to reduce the frequency of hospitalization, reoperations and improve the social adaptation of children with anorectal malformation.

CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C AND PREGNANCY: FEATURES OF THE COURSE AND PERINATAL OUTCOMES

Nasretdinova D.B.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Parenteral viral hepatitis (VH) is one of the most important problems of modern hepatology and human infectious pathology, since they significantly exceed the incidence of other infections in terms of growth rates and prevalence on the globe.

Thus, according to WHO, 3-4 million people are infected with the hepatitis C virus every year, more than 240 million people have chronic liver damage caused by the hepatitis virus

The increase in the incidence of chronic viral hepatitis (HCV) occurs mainly due to an increase in the incidence of HCV. The statistics of the incidence of HCV and HCV are far from complete, since acute hepatitis B and C (OHV and OHS) often occur in the form of latent non-jaundiced forms, remain unrecognized, subsequently leading to the formation of HCV, which are characterized by an asymptomatic course.

An important feature of the age structure of patients with HCV and HCV is the predominance of young people (19-29 and 30-39 years). The active involvement of young people of reproductive age in the epidemic process of hepatitis B and C contributes to the activation of the sexual transmission pathway, more intensive perinatal infection with hepatitis B and C viruses (HBV and HCV) of newborn children.

The purpose of the study. To study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C.

Material and methods. The diagnosis is made on the basis of anamnesis data, epidemiological analyses, biochemical blood tests of the mother and fetus.

Blood testing for a marker of viral hepatitis, ultrasound of the liver, spleen. We examined 25 children under 1 year of age and their mothers during pregnancy.

The result and their discussion. Hepatitis occurs in the I and II trimesters of pregnancy, the probability of newborn disease was low, but in the III trimester, the risk of disease for offspring was 25-76%. they were born most often prematurely in a state of hypoxia. 25% of children later had a lag in general development and a predisposition to various diseases.

A characteristic complication of pregnancy was the threat of its termination (in 53%), premature birth occurred in 36% of women in labor. Postpartum purulent-septic diseases are more frequent due to the suppression of the immune status not only due to pregnancy, but also due to hepatitis, and the activation of bacterial microflora against this background.

G. S. was diagnosed in 12% of children, G. V. in 14%, hepatitis A; D, E were not detected in 10%. The risk of transmission of NSOs from mother to fetus is lower than with NWU and is 0.9%, especially with a high level of viremia in the mother.

Among the patients, hepatitis B was diagnosed in 10 children, mothers b of them suffered acute viral hepatitis B with a recovery outcome during pregnancy, 8 were diagnosed with chronic HBV, 1 child whose mother was ill in the third trimester of pregnancy was hospitalized in the intensive care unit of the RIC with a fulminant hepatitis B clinic with a fatal outcome.

The reason for sending 7% of newborns to the hospital was hepatolienal syndrome, intoxication phenomena, lag in physical development, changes in liver and kidney function, detection of HBsHg during examination due to the presence of HBV antigen in the mother during pregnancy. Jaundice was detected in 7%, impaired renal function in 5%. Liver functional tests were changed in 7%. During ultrasound of the liver: in all patients, an increase in size, an increase in the echogenicity of the perenchyma was noted.

The course of the disease was severe in 15% of newborns, moderate in 12%. All newborns at birth and on day 5 were examined biochemically and immunologically for the presence of antibodies HCV virus, HBV. 100% of cases on day 5 of life, all newborns from mothers with HCV virus infection persisted. The method of delivery (through the natural birth canal or cesarean section) did not affect the frequency of perinatal infection.

Immediately after delivery, maternal antibodies to HCV penetrating the placenta were detected in the blood serum of 14% of newborns from HCV-infected mothers. In uninfected children, the antibodies disappeared within 1 year of life.

Conclusions. The obtained results of the study will contribute to optimizing the management tactics of pregnant women with HCV, which provides for reducing the risk of perinatal transmission of HBV and HCV, reducing the level of anxiety and emotional tension during pregnancy, and ultimately improving the quality of life of pregnant women with HCV.

CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C DURING PREGNANCY

*Nasretdinova D.B.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Chronic viral hepatitis (CVH) B and C are socially significant infections that have become widespread at the present time. HCV B is registered in more than 350 million people worldwide, while more than 1 million people die annually from chronic liver diseases, including cirrhosis of the liver (CP) and hepatocellular carcinoma (HCC) caused by viral hepatitis B (HBV).

In endemic areas where the carrier rate is $> 5\%$, most people become infected perinatally, due to vertical transmission or in early childhood. Hepatitis C virus (HCV) infection is the most significant public health problem worldwide. It is estimated that more than 200 million people worldwide are currently infected with HCV, most of them have a chronic infection.

The purpose of the study. To study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C.

Material and methods of research. We conducted a retrospective analysis of 35 birth histories with chronic viral hepatitis B and C histories of newborns.

The results of the study. According to our data, during the examination of 80 women with CVH, 22 (27.5%) confirmed CVH B and 58 (72.5%) — CVH C. Clinical manifestations in the form of hepatomegaly and extrahepatic signs (telangiectasia, vascular asterisks), in the absence of complaints, were detected in 28% with CVH B and 39% In women with CVH C, an increase in transaminase activity was observed only in 6.1% and 5.6% of women with CVH B and CVH C, respectively.

Ultrasound examination of women with CVH B and CVH C reveals moderate diffuse liver changes (55.4%), signs of chronic cholecystitis (41.9%), in isolated cases with CVH C,

fatty hepatitis is detected. 70% of women had a history of various medical and parenteral interventions.

When studying the obstetric and gynecological history, it was revealed that the majority of women repeatedly had artificial abortions: 34% of women with CVH B and 63% of women with CVH C. Cases of spontaneous miscarriages at various stages of pregnancy occurred in 22% and 31% of pregnant women with CVH B and CVH C, respectively.

The course of this pregnancy was complicated by the threat of termination of pregnancy in 36.8% with CVH B and in 49.1% of pregnant women with CVH C. During the Doppler study of uteroplacental blood flow and fetal cardiotocography in the third trimester of pregnancy, 52.2% with CVH B and 68.4% of women with CVH C were diagnosed with placental insufficiency (PN).

Pregnancy ended prematurely in 39.1% of women with CVH B and 24.6% with CVH C. When studying the peculiarities of the course of labor, it was revealed that in 56.5% of cases with CVG B and in 43.8% with CVG C, childbirth was complicated by premature rupture of the fetal membranes. 7.2% of the examined women with CVH B and 6.3% with CVH C were diagnosed with an anomaly of labor activity in the form of primary weakness. When determining the genome of the virus using polymerase chain reaction in the third trimester of pregnancy, positive results were diagnosed in 28% of women infected with HBV and in 60% of women infected with HCV.

Conclusions. Thus, the urgency of the problem of chronic viral hepatitis B and C, the involvement of pregnant women in the epidemic process require the development of a strategy to minimize the risk of vertical transmission of infection during pregnancy and childbirth, the search for safe and effective means to prevent perinatal infection with hepatitis B and C viruses.

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERI- AND POSTMENOPAUSE

Nazirov Z.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, there is a need to detail and revise modern methods of examination, diagnosis and treatment of endometrial hyperplastic processes.

The high prevalence of hyperplastic processes in the endometrium, the lack of proper effectiveness from hormone therapy, as well as the likelihood of malignancy put endometrial hyperplasia (GE) among the most pressing problems of modern medicine.

Hyperplastic processes in the endometrium represent a major biomedical and socio-economic problem and occupy a significant place in the structure of gynecological morbidity.

The purpose of the study. To develop a system of differentiated approach to the comprehensive examination and management of patients with endometrial pathology in postmenopause, depending on the features of the clinical picture using highly informative technologies.

Materials and methods of research. The basis of this work was the analysis of clinical observations of 102 patients in the postmenopausal period (mean age 64.06 ± 1.07 years) who were examined and treated in AOPC.

The results of the study. In postmenopause, the structure of endometrial pathology is presented as follows: endometrial polyps - 66%; endometrial cancer - 24.5%; simple endometrial hyperplasia without atypia - 6.4%; complex hyperplasia with atypia-3.2%. Fibroglandular polyps predominate (91.93%), which in 96.8% develop against the background of atrophic endometrium.

Clinical symptoms in the form of uterine bleeding are observed in 38.82% of postmenopausal patients with pathological endometrial processes. Endometrial cancer is accompanied by uterine bleeding in 78.2% of cases, while every fifth patient has no

complaints. Postmenopausal endometrial polyps are asymptomatic in most cases (75.8%). In 11.1% of cases, uterine bleeding occurs against the background of endometrial atrophy.

The indication for hospitalization in 44 (39.3%) patients was bloody discharge from the genital tract. In 68 (60.7%) patients, endometrial pathology was suspected at the prehospital stage during transvaginal echography.

With a simple statistical analysis, there are no differences in the mean values and median levels of IGF-1, IGF-2, IGF-1, IGF-3 and Braz in the blood serum of patients with cancer, endometrial polyps and in women with endometrial atrophy. The analysis of the weight function of the markers of the IGF and Braz system showed that the IGF marker-3 (42,5%; 35,8%; 38,3%) it has the greatest prognostic value and can be considered as an indicator and risk factor for endometrial cancer. IGF Token-2 (23,1%; 19,9%; 23,4%) it can be considered as a marker of the absence of a malignant process in the endometrium.

The weight functions of regression factor analysis using markers of the IGF system (IGF-1, IGF-2, IGF-1 and IGF-3) and bRab allow for highly accurate individual prediction of the endometrial condition according to the criterion "cancer not detected". The most accurate prognosis was obtained with endometrial atrophy.

Conclusion. The proposed systematized approach and the developed algorithms for the management and treatment of this group of patients make it possible for a detailed and comprehensive approach to the prediction and formation of endometrial hyperplastic processes at early stages of development, timely systemic treatment and prevention of recurrence in different age categories.

HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM IN PERIMENOPAUSE: MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Nazirova Z.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The relentless interest in it is determined by the tendency of endometrial hyperplastic processes to a long, recurrent course, the absence of specific, pathognomonic symptoms, the complexity of differential diagnosis and the choice of treatment methods. In addition, this pathology belongs to the number of proliferative processes and, with a prolonged course without treatment, can be a background for the development of endometrial cancer. Hyperplastic endometrial processes (GPE) are an extremely important, complex and multifaceted problem of practical gynecology.

The purpose of the study. Improving the effectiveness of therapeutic tactics in the presence of hyperplastic processes in the endometrium in perimenopausal women based on new clinical and pathogenetic aspects, taking into account the role of chronic endometritis.

Materials and methods of research. To achieve this goal and objectives, a prospective study was conducted, which included 100 patients who were on inpatient treatment from 2020 to 2022 in gynecological departments. Indications for hospitalization of women in the hospital were: uterine bleeding of various types (85.6%) and / or the presence of echographic signs of pathological changes in the endometrium (14.4%).

The results of the study. Anamnestic and objective data were studied in all patients admitted to the hospital. The examined patients were aged from 45 to 55 years. The average age of the patients was 48.2±2.9 years. This is due to the selection criteria of patients and indicates that pathological processes in the endometrium are formed during perimenopause.

The leading complaint of the patients of the main group and the comparison group was prolonged uterine bleeding (more than 7 days), which occurred on the days of the expected menstruation – 50.6% and 51.0%, respectively. In addition, in the main group, 45.9% of women indicated heavy menstrual bleeding, while the duration of menstrual cycle disorders was on average more than 1.5 years. In the comparison group, menorrhagia was less common

– in 22.9% of cases, and the majority of women (77.3%) had a regular menstrual cycle. The comparison group consisted of 87 patients who, according to morphological examination, had no pathological changes in the endometrium and the main group, which consisted of 62 women with histologically confirmed hyperplastic endometrial process.

The following information was entered into the individual examination card developed by us: heredity, infectious diseases suffered in childhood and adolescence, constitutional features characterizing the premorbid background, the presence of extragenital and gynecological diseases, surgical interventions. In addition, the features and nature of menstrual function were clarified: the age of menarche, the nature, soreness, the volume of menstrual blood loss. The peculiarities of reproductive function were studied in detail – the course and outcome of each pregnancy, their complications.

Conclusion. Thus, this strategy makes it possible to increase the effectiveness of detecting benign and malignant endometrial diseases with the reasonable involvement of modern diagnostic methods, as well as to individualize the management tactics of perimenopausal women with endometrial pathological processes.

CLINICAL FEATURES AND CORRECTION OF THERAPY OF CHRONIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN CHILDREN

Noraliev I.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The problem of inflammatory bowel diseases (IBD) (ulcerative colitis and Crohn's disease) remains one of the most complex in modern gastroenterology. The diseases are characterized by a severe course, frequent relapses, the development of local and systemic complications, an unfavorable prognosis and disability, and in some cases fatal outcome, and mortality in Russia with this pathology is 3 times higher than in most countries. The last three decades have been characterized by a steady increase in the number of patients with ulcerative colitis (ulcerative colitis) and the disease

Crown (BC) and earlier dates of their manifestation. In 40% of sick children, the first manifestations of the disease are observed before they reach the age of 10. It is in patients who become ill under the age of 18 that common forms of diseases develop more often.

In the future, these patients have the highest risk of developing malignant intestinal tumors and a complex of psycho-social disorders associated with restrictions in the field of interpersonal relations, vocational education.

The purpose of the study. Improving the diagnosis and treatment of chronic inflammatory bowel diseases (ulcerative colitis and Crohn's disease) in children based on the determination of their clinical and immunological characteristics.

Materials and research methods. A retrospective analysis of 28 medical histories of children with NAC and CD who were treated in the AODB hospital for the period from 2014 to 2021 was carried out. Of these, 22 children have NYAK, 6 have BK. The average age of children is 8 years. All children underwent a comprehensive examination.

The results of the study. Frequent clinical symptoms in the onset of IBD: abdominal pain and hemocolitis — 23%, fever to subfebrile figures in 18% of cases. The assessment of IBD activity corresponded to grade 2. Extra—intestinal manifestations of IBD were observed in 1 child - interstitial nephritis.

To verify the diagnosis, all children of the study group underwent fibrocolonoscopy with a biopsy of the intestinal mucosa. All children received anti— inflammatory therapy: monotherapy - derivatives of 5-aminosalicylic acid (5—ASA) — salofalk, combination therapy — systemic glucocorticosteroids (GCS) - prednisolone and derivatives of 5—ASA, in the absence of effect and development of GCS — resistance, immunosuppressive therapy - azathioprine was added to the treatment regimens.

During the observation period, exacerbations of the disease were characterized by increased stool up to 5 times a day with an admixture of blood, in the group of children receiving only therapy with 5-ASA derivatives, 5 children were observed, combined therapy — in 2. infliximab therapy was performed in 3 (BC) children.

Most patients have a progressive course, and therefore there is a need for early active anti-inflammatory therapy, and with the development of hormone-resistant IBD, the appointment of biological therapy.

Clinical signs of the onset of IBD in children there was diarrhea up to 4-5 times a day, fever, abdominal pain, hemocolitis were noted in all children 2 months after the onset of the disease, which indicates the lack of specificity of the clinic of this disease and difficulties in early diagnosis of IBD.

New additional criteria have been developed for assessing the activity of the pathological process in children with UC and CD, based on immunological parameters of blood and saliva.

Conclusion. Determination of cytokines in the secret of the oral cavity is a highly informative, minimally invasive method for assessing inflammation in the mucous membrane of the colon in the pathology under study.

A complex of IBD therapy with the inclusion of the drug "Galavit" has been developed and proposed, which makes it possible to reduce the number of early exacerbations of the pathological process, increase immunological resistance, and reduce the number of acute respiratory diseases in this contingent of patients.

A CLINICAL CASE OF DIAGNOSIS OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS IN A PREMATURE NEWBORN

Noraliev I.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Hypoglycemia and hyperglycemia are often found in newborns with different body weights during rehabilitation, but the diagnosis and prevention of such conditions do not always occur in time.

Newborns in need of intensive care have impaired glucose control and significant fluctuations in blood glucose levels are observed, their developing brain is more susceptible to these metabolic disorders.

Hypoglycemia is associated with a poor outcome of the development of the nervous system, and hyperglycemia is associated with increased mortality and morbidity in premature infants.

Disorders of carbohydrate metabolism are associated with poor clinical outcomes, but the data and clinically significant thresholds of hypoglycemia and hyperglycemia in various sources are contradictory, as well as diagnostic methods.

The purpose of the study. To assess the feasibility of prescribing insulin for hyperglycemia in premature newborns

Materials and methods of research. 68 newborns with a very low birth weight of 1326 ± 119.8 g and a gestational age of 29 ± 1.1 weeks were under observation. Hyperglycemia was observed in all children at early neonatal age: (9.3–10.2 mmol/l; glucosuria - 0.2–0.5 mmol/l).

The results of the study. All newborns had such disorders of neonatal adaptation as respiratory disorders syndrome and cerebral pathology. Due to hyperglycemia, 45 newborns were prescribed insulin. The remaining 23 children did not receive insulin.

The blood glucose level was determined by the glucose oxidase method using a set of "Photoglucose". The principle of the method is based on the oxidation of -D-glucose by air

oxygen under the catalytic action of glucose oxidase. The level of glucosuria was determined by the calorimetric method according to Althausen.

In the group of children receiving insulin, the calorie intake increased from 38 ± 30 to 68 ± 19 kcal/kg/day. In children without insulin, the calorage was 39 ± 21 kcal/kg/day. The timing of achieving body weight at birth in the group of children receiving insulin is 10 ± 5 days, without insulin — 11 ± 6 days. The glycemic level of all newborns stabilized on the 10th-13th day of life. Intraventricular hemorrhages of 2 and 3 degrees were found in 16 children (9 with insulin and 7 without insulin). All children were transferred to independent breathing at the age of 10 ± 3 days.

The calculation of glycemic variability indices should be taken into account as a predictor of achieving carbohydrate metabolism compensation and identifying the risks of developing life-threatening conditions in newborns.

Setting up a sensor for continuous monitoring of glycemia helps to exclude additional blood sampling for glycemic control, which is very important for premature newborns, and visually trace glycemic control in a graphical version and predict changes.

The alarm system of the monitoring mode in real time notifies the medical staff about the decrease in glucose to the threshold values, and thereby makes it possible to promptly respond to an emergency condition, on which the neuropsychic development of the newborn depends in the future.

Conclusion. Continuous monitoring of glycemic levels is safe and reliable for low-weight newborns who are on parenteral and enteral nutrition. The collection of glycemic indicators made it possible to obtain glycemic percentiles, which can be useful for adapting glucose intake in patients and determining boundaries.

THE ROLE OF VIRAL AND MYCOPLASMA INFECTION IN THE GENESIS OF WASTE OVARIAN SYNDROME

Ortikova M. Tillashaikhova M.Kh.

TashPMI, Department of Obstetrics and Gynecology

The relevance of the work. Ovarian wasting syndrome (OIS) is a clinical syndrome characterized by stable or episodic hypergonadotropic amenorrhea in women younger than 40 years of age.

According to WHO, among the population aged 15 to 49 years, in 2005 there were about 45 million new cases of curable sexually transmitted diseases (STDs). However, against the background of a decrease in the incidence of syphilis, there is a rapid increase in other STDs, especially viral etiology: HIV, hepatitis, herpes, papillomaviruses, etc.

It has been established that chemotherapy or radiotherapy dramatically reduces the number of follicles and can cause SIA. Despite the fact that autoimmune diseases are observed in 10-20% of women with SIA, the role of autoimmune processes and some infections in the development of this pathology remains not fully understood.

The aim of the study was to study the role of viral and mycoplasmal infection in the genesis of ovarian failure syndrome.

Materials and research methods. For the period from 2010 to 2013, we examined 115 women with menstrual dysfunction, secondary infertility, benign ovarian tumors and inflammatory processes of the genitals in the city maternity hospital No. The average age of the examined women was 34.8 ± 0.83 years.

Results. As a result of the research, the following data were obtained: in the 1st group of women with hormonal disorders, mycoplasma infection with *U. Urealiticum* and *M. hominis* was found in 12.1%, Herpes simplex virus - 22.9%, Cytomegalovirus - 12.1%. In group 2 with inflammatory processes, the percentage of detection of mycoplasmal infection is 13.4%, CMV detection - 11.3%, HSV - 33.6%. Moreover, if monoinfection was detected in

women of the 1st group, then in women of the 2nd group, microbial flora was determined with *Chl.trachomatis* in 15.3%, *Gardnerella vaginalis* - 5.7%. In women of the 3rd group with peripubular adhesions and purulent-septic complications, Cytomegalovirus occurred in 9.0% of cases, complications of *U.Urealiticum* and *M.hominis* infections - in 45.4% of cases, one had gonorrhea, three had chlamydia and five patients with trichomoniasis. CMV was detected in 58.9%, HSV - 81%. In this group, a high degree of contamination is much less common than in the 1st and 2nd groups.

Findings:

1. Women with urea- and mycoplasma infection in the reproductive system should be considered a high-risk group for the possibility of developing SIA.
2. The severity of SIA depends on the frequency and duration of relapses of infectious lesions of the genitals.
3. With urea- and mycoplasma infection in the reproductive system, the development of a chronic inflammatory process of an autoimmune nature with damage to the ovarian tissue and depletion of the follicular apparatus is noted.

**CLINICAL COURSE FEATURES OF ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN WITH
CONGENITAL ANOMALIES OF THE CLEFT LIP AND PALATE**

Owais Shah

2nd year student of Andijan state medical institute, Uzbekistan

Scientific leader: Akhrorkhonov Rustamkhon

Actuality: Patients with congenital anomalies of tissues and organs of the maxillofacial region occupy a special role; the evaluation of clinical course of acute pneumonia in these premature infants presents great interest. However, there is little work in the literature; any information of theoretical or applied value, the treatment of this group of patients is associated with particular difficulties. It requires the participation of highly qualified specialists, due sequence, and be comprehensive.

Aim of research: to analyze the features of the clinical course of acute pneumonia in children with congenital anomalies of the cleft lip and palate.

Methods: Premature babies with congenital anomalies of cleft lip and palate, unfavorable obstetric anamnesis, with low birth weight with various forms of immunodeficiency states represent the "risk" group. In this regard, we examined 27 premature babies with anomalies in the development of the maxillofacial region with a body weight of 1500g to 1800g and an age of 3 to 11 days from birth.

Results: The study showed that the majority of children (18) had a normal temperature throughout the disease; 6 children had sub febrile temperature; and only in three cases the disease proceeded against the background of a high temperature of 39°C. All examined premature babies were clinically diagnosed with pneumonia, which occurred with respiratory distress syndromes; cyanosis (20); acro-cyanosis (7); there was a weakening of breathing in the lungs; bloating (18) from the moment of admission or after 2-3 days. Intestinal syndrome developed from the onset of the disease or 2-3 days after admission and was leading throughout the acute period. The diagnosis of pneumonia was confirmed radiographically: in 20 children, lung radiography revealed focal shadows, and 7 children even had a confluent character.

Conclusions: Thus, the data obtained by us indicate that the severity of the condition of the examined children was due to; aggravated maternal history, pre-morbid background and fact of prematurity of a child with low body weight and with various forms of immunodeficiency, when the intestinal flora becomes pathogenic, provoking an inflammatory process both in the intestines and in the lungs.

**BOLALARDA SURUNKALI ALLERGIK BO'LMAGAN O'PKA
KASALLIKLARIDA IMMUNOLOGIK O'ZGARISHLARNING KLINIK VA
DIAGNOSTIK AHAMIYATI**

*Qosimova G. Z.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarlighi. Bolalarda surunkali allergik bo'lmagan yallig'lanish kasalliklari (SABYK) muammosi zamonaviy pediatriyada eng murakkab masalalardan biri bo'lib qolmoqda. Surunkali o'pka patologiyasi dastlab intaksion o'pka to'qimasi asosida hosil bo'lgan bronxopulmoner tizimning kasalliklari va o'pkaning tug'ma va irsiy patologiyasining natijasi bo'lgan sharoitlarni o'z ichiga oladi.

Hayotni qo'llab-quvvatlash tizimlaridan biri, ya'ni nafas olish tizimining mag'lubiyati doimiy intoksikatsiya sindromi, gipoksiya, immunitet tizimidagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lib, bemorlarning erta nogironligi, doimiy davolash tadbirlarini o'tkazish, umr ko'rish davomiyligini kamaytirishga olib keladi.

Tadqiqotning maqsadi. Surunkali yallig'lanishli o'pka kasalliklari bo'lgan bolalarda sitokinlar va o'ziga xos bo'lmagan qarshilik omillarining ishlab chiqarishidagi klinik-epidemiologik, etiologik xususiyatlari va qonuniyatlarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ishning maqsadi va maqsadlariga muvofiq, tadqiqot to'rt bosqichda o'tkazildi. I guruh (29 bemor (49,1%) - intakt nom o'pka hosil yuqumli va yallig'lanish bilan og'rigan bemorlar.

II guruh (30 bemor (50,8%) bronxopulmoner tizimning konjenital yoki irsiy patologiyasi bilan bog'liq bo'lgan o'pkada surunkali yuqumli va yallig'lanish jarayoni bo'lgan bemorlar tomonidan ifodalanadi.

Tadqiqot natijalari. Andijon viloyatida 10 yil davomida irsiy bronxopulmoner patologiyaning nisbiy o'sishi kuzatilgan bolalarda surunkali allergik bo'lmagan yallig'lanishli o'pka kasalliklari bilan umumiy kasallanish pasayishi kuzatildi (2010y. da 139 bemor va 2020y. da 59 bemor).

Bronxopulmoner tizimning irsiy va konjenital patologiyasi bo'lgan bemorlarda bronxopulmoner jarayonning kuchayishi (o'yinlarda $2,71 \pm 0,048$) sezilarli darajada tez-tez tashxis qo'yilgan. va shunga ko'ra, i g ($p=0,01$) da $2,28 \pm 0,047$, surunkali gipoksiya belgilari (shu jumladan, jismoniy rivojlanishdagi kechikish (II gr holatlarining 70,1%). va shunga ko'ra, i gr holatlarining 34,3%.), instrumental tekshiruvda miyokarddagi metabolik kasalliklar belgilari (II gr ning 13,3% hollarda). va shunga ko'ra, i gr holatlarining 3,4%. va interkurrent kasalliklar, shu jumladan sinusit (II gr holatlarining 33,3%. va shunga ko'ra, 17,2% hollarda i gr.).

SABYK bemorlarning har ikki guruhda bronkopulmoner jarayonning yomonlashuvi micstinfektion (hollarda 68,2%), gram-musbat (hollarda 71,8%) yoki gram-musbat va gram-manfiy mikroorganizmlar (hollarda 28,2%) birikmasi bilan bog'liq, antibiotiklar microbiots vakillari poliresistentiy bilan boshlang'ich davolash. Tug'ma va irsiy o'pka kasalliklari bo'lgan bemorlarda gram-manfiy mikrofloraning ustunligi aniqlandi (59%).

SABYK bilan og'rigan bemorlarda yallig'lanish jarayonining kuchayishi sarum va bask muramidaz konsentratsiyasining oshishi bilan aniq diskoplementemiya bilan tavsiflanadi, shuning uchun ularning ta'rifi yallig'lanish faoliyatining qo'shimcha laboratoriya belgilari sifatida qaralishi mumkin. Tug'ma immunitet omillaridagi o'zgarish darajasi (komplement, bask, Lizozim komponentining sz) sezilarli darajada yuqori ($p < 0,01$; $p < 0,001$ va $p < 0,001$ navbati bilan) surunkali o'pka kasalliklari bo'lgan bemorlarda irsiy va tug'ma patologiya bilan bog'liq bo'lib, bu bemorlarning ushbu toifasida bronxial daraxtda qisman nazorat qilinadigan yallig'lanish jarayonining aksi hisoblanadi.

Periferik qon zardobida Pro-yallig'lanish sitokinlari (IL-1R, IL-6, IL-8) darajasining oshishi aniqlandi, bu surunkali yallig'lanishning mavjudligini ko'rsatadigan konjenital va irsiy

patologiya fonida SABYK kasalliklarida klinik remissiya davrida davom etadi, shu jumladan, yuqori darajadagi namoyon bo'lgan otoimmunos komponent bilan yallig'lanishga qarshi sitokinlar darajasi (il-4, ifn- γ).

Xulosa. Mintaqadagi SABYKning tarqalishini aniqlash bemorlarning ushbu kontingentiga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatish bo'yicha tashkiliy va uslubiy tadbirlarni takomillashtirish imkonini beradi.

SABYK bo'lgan bemorlarda nafas yo'llarining mikroba kontaminatsiyasining xususiyatlari va antibakterial preparatlarga nisbatan sezgirligi aniqlandi, bu esa kasallikning kuchayishi uchun empirik antibakterial terapiya sxemalarini optimallashtirishga imkon beradi.

Andijon viloyatining sog'lom bolalarida me'yoriy ko'rsatkichlar, II-1r, II-4, II-6, II-8, Ifn- γ , zardob Lizozim darajasi, sarum bakteritsid faolligi, komplement komponentining sz komponenti aniqlandi.

II-1R, II-4, II-6, II-8 qon zardobida, qon zardobida Lizozim, surunkali bronxopulmoner jarayonning qo'shimcha diagnostik laboratoriya mezonlari va bosqichi sifatida taklif qilinishi mumkin bo'lgan XVZL kasalliklarida qon zardobida bask va ifn darajalari aniqlandi.

SABYK kasalliklarida immunologik ko'rsatkichlarning aniqlangan xususiyatlari terapevtik kampaniyalarni va dispanser monitoringini individuallashtirish imkonini beradi.

BRONXIAL ASTMA BO'LGAN BOLALARDA GLYUKOKORTIKOSTEROIDLAR VA β 2-AGONISTLARINING METABOLIZMI UCHUN MAS'UL BO'LGAN GENLARNING POLIMORF VARIANTLARINING KLINIK VA GENETIK AHAMIYATI

Qosimova G. Z.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarbli. Bronxial astma butun dunyoda jiddiy sog'liqni saqlash muammosi bo'lib qolmoqda. Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, ko'plab mamlakatlarda bolalik davrida uning progressiv o'sishi kuzatilmoqda. Rossiyada bolalar orasida ba ning tarqalishi 5,6-12,1%. Zamonaviy tibbiyot maqsad o'rniga kasallikning "og'irlik" davolash, klinik nazorat erishish uchun emas, balki bir qadam davolash strategiyasi, e'tibor, kasallik nazorat darajasini tik bemorlarni o'tkazish uchun yangi yondashuvlarni taklif etadi. Klinik farmakologiyaning muhim yutuqlariga qaramasdan, ba ni davolash bugungi kunda qiyin vazifa bo'lib qolmoqda.

Tadqiqotning maqsadi. Glyukokortikosteroidlar va β 2-agonistlarning metabolizmasida ishtirok etadigan genlarning polimorf variantlarining klinik va genetik ahamiyatini baholash, bolalarda bronxial astma rivojlanishi va rivojlanishini prognoz qilishda.

Tadqiqot materiallari va usullari. Taqdim etilgan ish 196-dan 4-yilgacha bo'lgan davrda "atopik bronxial astma" tashxisi qo'yilgan 17-2020 yoshdagi bolalarning tekshiruv natijalariga asoslangan. umumiy klinik usullar shikoyat va anamnezlarni to'plash, ob'ektiv tadqiqotlar ma'lumotlari, qon va siydikning klinik tekshiruvlarini o'z ichiga olgan

Tadqiqot natijalari. Bronxial astma bo'lgan bolalar uchun eng xarakterli kli-Niko-allergologik xususiyatlar erkak (69,4%), tarixda allergiyaning teri ko'rinishlari (70,4%), ot-onalar orasida chekish darajasi yuqori bo'lgan oilalarda yashash (53,1%), allergik kasalliklarga irsiy moyillik mavjudligi (81,0%), astma (59,7%), yuqori sarum darajasi (73,0%), allergik rinit (91,3%) birgalikda allergik kasalliklar orasida va nedensel allergenlarning spektrida-uy sharoitida sezuvchanlik (66,8%).

"Astma nazorat qilish testlari" ma'lumotlari havo yo'li o'tkazuvchanligi (MOS25, MOS50) va eng yuqori ekshalatsiya tezligining kunlik o'zgaruvchanligi bilan bog'liq. Ast testiga ko'ra, bronxial astma bo'lgan bemorlarning yarmi (50,0%) kasallikning nazoratsiz yo'lini ko'rsatadi.

Spirografi (FJEL, OFV1, MOS25, MOS50, MOS75) parametrlarining pasayishi bilan bronxial astma, og'ir shakl, nazoratsiz va qisman nazorat qilinadigan kasallikning rivojlanish

xavfi yuqori bo'lgan belgisi glukokortikosteroid retseptorlari OK geni bilan p41423247 allelidir

Allel kch242941 * va polimorf variant p-242941 gormon sini1 kortikotropin-ozod gen bronxial astma samarali nazorat qilish uchun nafas glyukokortikosteroid yuqori dozalarini tayinlash zarurati bilan bog'liq.

Genotip gx1042714*C/st (O1p27/O1i27) polimorf variant g81042714 gen (32-adrenoreseptor va u 2 yilda rus bronxial astma rivojlanish xavfi bir marker, ichki sezuvchanlik, jeller o'rtacha/sezilarli darajada kamayishi va sarum IgE darajasini oshirish bilan bog'liq.

N-asetiltransferaza 2 genining rsl799930*a/a genotipi nat2 bronxial astma bo'lgan bemorlarda mo " tadil/muhim pasayish bilan bog'liq.

Gr (rs41423247), ADRB2 (rslü42713), NAT2 (rs1799929) va CRHR1 (rs242941) genlarining polimorf lokuslarining interjenik o'zaro ta'siri bolalarda bronxial astma rivojlanishini va nazoratsiz oqimini aniqlaydi.

Xulosa. Shunday qilib, olib borilgan tadqiqotlar gr (rs41423247), ADRB2 (rsl042713), CRHR1 (rs242941) va NAT2 (rsl 799929) lokuslari o'rtasidagi gen-gen shovqinlarini aniqladi, bu esa bronxial astma rivojlanishiga moslashib, ushbu lokuslarning assotsiatsiyalarini bolalarda ushbu kasallikning rivojlanishi va rivojlanishi bilan tahlil qilish natijalarini tasdiqladi.

Umuman olganda, biz tomonidan olib borilgan tadqiqotlar "astma nazorati testi" ni nazorat qilishda va ushbu bemorlarda KBB patologiyasini tashxislashda-nazal aniqlik testida muhimligini aniqlashga imkon berdi. Bolalarda bronxial astma rivojlanishida va rivojlanishida gr (rs41423247), CRHR1 (rsl876828, rs242941), ADRB2 {rs1042713, rsl042714), NAT2 (rsl799929, rsl799930, rsl 799931) genlarining polimorf variantlarining qiymati aniqlandi. Rivojlanish va ba ning og'ir oqimiga moyil bo'lgan o'zaro ta'sirning optimal modellari aniqlandi.

MUKOVISTSIDOZLI BOLALARDA O'PKANING VENTILYATSIYA FUNKTSIYASI.

Qosimova G. Z.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarliligi. Mukovistsidoz (MB) transmembran o'tkazuvchanlik regulyatori (CFTR) gen mutatsiyasiga bog'liq bo'lgan poliorgan manifest bilan eng tez - tez monogenik meros qilib olingan kasalliklardan biridir. MBdagi lezyonlar poliorganiyasi, bemorlarning umr ko'rish davomiyligi, erta nogironligi doimiy davolash tadbirlari va dispanser kuzatuv zarurligini belgilaydi. Rivojlangan mamlakatlarda so'nggi yillarda MB bo'lgan o'smirlar, o'smirlar va kattalar soni ortib borayotganidan dalolat beradi, bu esa bolalarning o'lim holatidan kattalarning surunkali patologiyasiga bosqichma-bosqich o'zgarib borayotganidan dalolat beradi. 2006-2007 yillarda joriy etish tufayli Rossiyada yosh MB bilan bemorlarning soni ham oshdi.

Terapiyaning samaradorligi va shuning uchun kasallikning prognozi to'g'ridan-to'g'ri MB bemorni tibbiy hisobga olishni erta tashxislash va o'z vaqtida belgilashga bog'liq. MB an'anaviy ravishda 3 shakllarini ajratadi: pulmoner, ichak va aralash (pulmoner-ichak). Biroq, 80% hollarda kasallikning davomiyligi va prognozini aniqlaydi bronxo-pulmoner tizimning funktsional holati. MB da surunkali bronxo-pulmoner jarayon havo yo'li obstruksiyasining turli darajalari bilan davom etadi. Shuning uchun, MB da o'pka shamollatish funktsiyasi (fvd) buzilishi har tomonlama o'rganish dolzarb hisoblanadi. MB kasalliklarida o'limning asosiy prognostik klinik belgisi o'pka funktsiyasining yomonlashuvidir.

Tadqiqotning maqsadi. Yoshi va zo'ravonligiga qarab, mukovistsidozli bolalarda o'pkaning ventilyatsiya funktsiyasidagi o'zgarishlarning naqshlarini aniqlang.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ish 2020 - 2022 yillarda pulmonologiya va allergologiya bo'limi va AODB funktsional diagnostika bo'limida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari. Mikrosferik pankreatik fermentlar bilan almashtirish terapiyasini o'z ichiga olgan Mukovistsidozni davolashning zamonaviy texnologiyalari tufayli bolalarning jismoniy holati va hayot sifati yaxshilandi: 74 yil ichida 1986% dan 53% gacha bo'lgan tana vazniga ega bo'lgan bolalar soni kamaydi, 2017 yilda kasallikning engil kasalligi bo'lgan bolalar normal jismoniy holatga ega edi. Bu o'pkaning ventilyatsiya funktsiyasini yaxshilashga yordam berdi: bu ishda hech qanday bemorda IV darajali shamollatish etishmovchiligi aniqlanmagan.

Erta yoshdagi bolalarda bronkofonografiya va puls osilometriya usullari bilan o'pka funktsiyasi tashxisi kasallikning engil va o'rta og'ir kasalliklarida 100% obstruktiv buzilishlarni aniqlash imkonini beradi.

Mukovistsidozning og'ir holatlarida, akustik nafas olish usullari terapiya fonida bronxial yo'lni tiklashdan so'ng (nafas olish tizimini qayta tiklashdan, mukostazni yo'q qilishdan keyin) informativ bo'ladi, shuning uchun erta yoshdagi bolalarda jiddiy kasallik bilan klinik belgilarga e'tibor berish kerak.

5 va 5 Hz (R20, R5) chastotalarida nafas olish impedansi (Zrs20) va uning rezistiv komponenti, 5 Hz (X5) chastotasida reaktiv komponent-bolalarda bronxial o'tkazuvchanlik buzilishlarini tashxislashda impuls osilometriyasining asosiy parametrlari. Jiddiy mukovistsidozda, kasallikning kuchayishi bilan umumiy nafas olish empedansi, uning rezistor komponenti va rezonans chastotasi oshadi va nafas olish qarshiligining reaktiv komponenti kamayadi. Kasallikning remissiyasida engil va o'rta og'irlikda bu ko'rsatkichlar me'yor chegarasidan oshmaydi.

Mukovistsidozli bemorlarda bodipletizmografiya ko'ra obstruktiv sindromning jiddiyligi kasallikning og'irligiga bog'liq: bu bronxial qarshilikning yuqori qiymatlari, o'pkaning qoldiq miqdori va o'pkaning umumiy hajmi tarkibidagi ulushi bilan namoyon bo'ladi. Umumiy o'pka sig'imining strukturasi qayta qurish (o'pkaning doimiy giperinflyatsiyasi, o'pkaning hayotiy salohiyatini bir vaqtning o'zida kamaytirish bilan qoldiq hajmning oshishi) tizimli morfologik o'zgarishlarning belgilaridir, bu esa kompyuter tomografiyasi va rentgenologik tekshiruvni tasdiqlashni topadi.

Xulosa. Kasallikning yomonlashuvini bartaraf etish fvd ko'rsatkichlarining yaxshilanishi bilan birga keladi: bronkofonografiya yuqori chastotali diapazondagi "akustik" nafas olish ko'rsatkichini pasaytiradi, impuls osilometriyasi bilan nafas olish impedansiyasining reaktiv va rezistiv qarshiligini pasaytiradi, bodipletizmografiya bilan bronxial qarshilik kamayadi, fzhel spirometriyasi sog'lom bolalarning parametrlariga etib, barcha tezyurar ko'rsatkichlarni oshiradi.

MATHEMATICAL PREDICTION OF THE OUTCOMES OF COMBINED TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN IN THE ACUTE PERIOD.

Quldashev Q.A., Rahmonov R.R., Quldasheva G.Q., Abduhalilov M.Q.
Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Formulation of the problem: Recently, both in Uzbekistan and abroad, new specialized, computerized means of researching various diseases have been intensively developed. New informative methods of data analysis are being developed and widely introduced into clinical practice. Along with other medical sciences, the role of predicting early outcomes of concomitant severe traumatic brain injury is also increasing. Combined traumatic brain injury is very common and their number increases every year in children. They are characterized with an acute rapid course, a tendency to progression and deterioration of the patient's condition, up to a lethal outcome, according to the literature, mortality in

concomitant TBI ranges from 76% to 95% of cases. According to statistics, over the past 20 years, the incidence of concomitant traumatic brain injury has increased almost 2 times.

Goal and tasks: The aim of the work is to develop and implement a hardware-software complex based on the combined use of selective echopholonscopy and electroencephalography, low-amplitude electrical stimulation, an analog-to-digital converter and a laptop in diagnostics and treatment in the preoperative and postoperative period in patients with concomitant traumatic brain injury.

The following tasks are being solved within the framework of the project:

Ensuring the technique of selective echopholonscopy and electroencephalography, transforming it from qualitative to quantitative.

- Obtaining a graphic image of echopholonscopy of electroencephalograms; Creation and implementation of software digital values of the main indicators into practice.

- Carrying out digital selective echopholonscopy and electroencephalograms for monitoring functional disorders of the cranial system in the preoperative and postoperative periods in patients with acute pathology.

- Assessment of severity depending on the degree of traumatic brain injury in the preoperative and in combined traumatic brain injury in the postoperative period in patients with acute pathology.

- Carrying out a comparative analysis of methods for objectifying the functional state of the craniocerebral system in patients with concomitant craniocerebral trauma in the acute period of pathology according to digital electroencephalograms.

Planned volume of production of science-intensive products:

In the course of the project, a prototype of a computer system will be developed for functional diagnostics of the state of the brain and vital functions of a person with combined craniocerebral trauma

OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARINI SAMARALI DAVOLASHDA "STOMAGEL+" GELINING QO'LLANILISHI

Sadikova I.Ya.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Og'iz, til va lablar shilliq qavati kasalliklarini (ShQK) tashxislash, davolash va oldini olish klinik tibbiyotning muhim muammosi bo'lib qolmoqda. Ko'pgina tizimli kasalliklarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, til va lablardagi o'zgarishlar umumiy klinik belgilar paydo bo'lishidan ancha oldin sodir bo'ladi. Shuning uchun bunday o'zgarishlarni to'g'ri talqin qilish va tegishli dori-darmonlarni tanlash nafaqat stomatologlar, balki boshqa mutaxassislar uchun ham katta ahamiyatga ega.

Tish go'shti uchun stomagel yallig'lanishga qarshi, og'riq qoldiruvchi, antiseptik, shifobaxsh va mustahkamlovchi ta'sirga ega bo'lishi mumkin. Bunday preparatlar murakkab tish davolashda keng qo'llaniladi.

Og'iz bo'shlig'i kasalliklari yoki har qanday vaqtinchalik buzilishlar haqida gap ketganda, tish amaliyotida jellar va malhamlar keng qo'llaniladi. Tish go'shti uchun jel yaxshi terapevtik yoki profilaktik ta'sirga ega.

Tadqiqot maqsadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini samarali davolashda "Stomagel+" jelidan foydalanishni baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz vazifamizni bajarish uchun og'iz bo'shlig'i patologiyalari bo'lgan 60 nafar bemorni tanladik va ularni Stomagel + bilan samarali davolashdik.

Tadqiqot natijalari. ShQK va periodontit bilan og'rikan bemorlarda tish shifokorining dastlabki tekshiruvi davomida klinik va anamnestic ma'lumotlar tashxisni aniqlashga imkon beruvchi tipik belgilar bilan tavsiflangan va tish ko'rsatkichlari sog'lom odamlarning

parametrlaridan sezilarli darajada og'ishgan, guruhlar o'rtasida esa turli usullar bilan. stomatit va periodontit bilan og'rigan bemorlarda davolashning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarida sezilarli farqlar aniqlanmadi (1-6-jadvallar) davolash boshlanishidan oldin.

ShQK ning kuchayishi umumiy yuqumli simptomlar bilan tavsiflangan bo'lib, ular an'anaviy davolash usullariga ega bo'lgan guruhga qaraganda (2-guruh) LC qo'llashdan keyin tezroq yo'qolgan ($p < 0,05$): 1-guruhda $3,0 \pm 0,3$ kundan keyin harorat va $4,5 \pm 0,3$ kundan keyin - 2-da, mos ravishda $3,3 \pm 0,4$ va $4,7 \pm 0,4$ kundan keyin intoksikatsiya belgilari. Og'iz bo'shlig'idagi og'riqlar 1-guruhda $2,9 \pm 0,2$ kun va 2-da $4,2 \pm 0,3$ kun davom etdi, shilliq qavatlardagi eroziya - mos ravishda $6,3 \pm 0,4$ va $8,4 \pm 0,4$ kun ($p < 0,05$).

HRHS va periodontitni kompleks davolashda LC dan foydalanish an'anaviy usullar bilan solishtirganda kasalliklarning klinik belgilarining dinamik pasayishiga erishishga imkon berdi, bu kasallikning 10-12-kunlarida indeks ko'rsatkichlarining sezilarli farqlari bilan tasdiqlangan. terapiya usuliga qarab turli nozologik shakllarga ega bo'lgan guruhlar.

1-guruhdagi bemorlarda LC qo'llashda nojo'ya ta'sirlar kuzatilmadi, preparat yaxshi muhosaba qilingan.

Dispanser kuzatuv davomida stomatit bilan og'rigan bemorlarda herpes infeksiyasining kuchayishi 6 oy ichida 1-guruhda 5%, 2-da - 25% hollarda, 1-guruhda periodontitning qaytalanishi 15tasida qayd etilgan. %, 2-da - 40% hollarda.

Shu sababli, preparatning deyarli hech qanday nojo'ya ta'siri bo'lmagan og'iz bo'shlig'ining yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda LC dan foydalanish kasallikning asosiy klinik belgilarining dinamik yo'qolishiga yordam beradi, ikkala periodontit va periodontitning kuchayishini kamaytiradi. gerpetik etiologiyaning stomatiti.

Endogen intoksikatsiya indeksini (EII) tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 1-guruhda LC qo'llanilishi fonida stomatit va periodontit bilan og'rigan bemorlarda bu ko'rsatkich an'anaviy davolash usullari bilan 2-guruhga qaraganda normaga yaqinroq bo'lgan.

Xulosa. Shunday qilib, og'iz bo'shlig'i patologiyalari bo'lgan bemorlarni davolashda "Stomagel+" dan foydalanish samarali va zamonaviy usullardan biri hisoblanadi. Ushbu preparatni tanlab, biz boshqa dorilarga qaraganda kuchliroq ta'sirga erishdik.

TIBBIYOTDA OITS VA GEPATIT B INFEKTSION KASALLIKLARI YUQISH YO'LLARINI OLDINI OLISH

Sadikova I.Ya.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Virusli gepatit B, C va OIV infeksiyasi eng keng tarqalgan infeksiyalardan biriga aylanib bormoqda, ular xalq salomatligiga tahdid soladi va aholi salomatligi uchun eng muhim tibbiy-ijtimoiy muammodir.

Tibbiyot xodimlari o'z faoliyati davomida zararli ishlab chiqarish omillarining (HPF) murakkab ta'siriga duchor bo'lgan shaxslar toifasiga kiradi. Ushbu professional kontingent biologik tabiatdagi HMF ta'siridan sog'liq muammolari xavfi yuqori bo'lgan ishchilar toifasiga kiradi.

Tibbiyot xodimlari virusli gepatit bilan kattalar aholisiga qaraganda tez-tez aziyat chekishadi, ular parenteral infeksiya uchun kasbiy xavf guruhiga kiradi.

Shu bilan birga, tibbiyot xodimlari o'rtasida virusli gepatit bilan kasallangan kasb kasalliklarini qayd etishning past darajasi; Ushbu kasalliklarning kasbiy kelib chiqishini asoslash uchun yagona yondashuv yo'q, bu turli mualliflarning adabiyot ma'lumotlaridan dalolat beradi.

Hozirgi vaqtda tibbiyot xodimlarining kasbiy xavfsizligini ta'minlash bo'yicha ma'lum me'yoriy-huquqiy baza mavjudligiga qaramay, ushbu kontingent o'rtasida qon orqali

yuqadigan yuqumli kasalliklar tufayli kasalxonada ichidagi kasalliklarning oldini olish tizimini takomillashtirish zarur. Shu munosabat bilan tibbiyot xodimlarining qon orqali yuqadigan infeksiyalari viruslari bilan kasallanishning kasbiy xavf omillarini chuqur o‘rganish va ularni ro‘yxatga olish tizimini asoslash zarurati dolzarbdir.

Tadqiqot maqsadi. Ko‘p tarmoqli shifoxonada mehnat sharoitlari va infeksiya xavfi omillarini o‘rganish asosida bemorlarda nozokomial qon orqali yuqadigan virusli infeksiyalarning oldini olish tizimini takomillashtirish va ularning kasbiy kelib chiqishini asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz oldimizga qo‘yilgan vazifani bajarish uchun shifoxona ichidagi virusli qon orqali yuqadigan infeksiyalar patologiyasi bilan og‘rigan 30 nafar bemorni tanlab oldik va ularda profilaktika ishlarini olib bordik.

Tadqiqot natijalari. Tibbiyot xodimlarining gepatit B, C va OIV viruslari bilan kasallanish xavfi bilan bog‘liq bo‘lgan zararli ishlab chiqarish omillari majmuasida yuqumli bemorlar, infeksiyalangan materiallar, qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan aloqa qilishda ifodalangan biologik omillar etakchi hisoblanadi. Bemor, shuningdek, mehnat jarayonining intensivligida ifodalangan psixofiziologik tabiat omillari.

Mehnat jarayonining intensivligi bo‘yicha eng noqulay mehnat sharoitlari jarrohlik bo‘limlari tibbiyot xodimlarida aniqlandi. Shunday qilib, jarrohlik profili bo‘limlarida shifokorlarning ish joylari ikkinchi darajali zararli sinfga (3.2), hamshiralarning ish joylari - birinchi darajali zararli sinfga (3.1) va bo‘limlarda shifokorlarning ish joylari kiradi. Terapevtik profil, shifokorlarning ish joylari - birinchi darajali zararli sinfga (3.1), hamshiralarning ish joylari - mehnat sharoitlarining maqbul (2) sinfga.

Tibbiyot xodimlariga biologik omillarning ta‘sirini terining va shilliq pardalarning shikastlangan shikastlanishi yoki shikastlangan teri va shilliq pardalarga biologik suyuqliklar tushganda amalga oshiriladi. Tibbiyot xodimlarida travmatik jarohatlarning tabiati va chastotasi tibbiyot bo‘limining profiliga bog‘liq - jarrohlik bo‘limlarida - 100 ta xodimga 15,5, terapevtik bo‘limlarda esa 10,5 ga teng ($p < 0,05$); lavozimidan - hamshiralarda orasida - 100 nafar xodimga 22,9, shifokorlar orasida esa 3,3 ($p < 0,001$); mehnat intensivligidan - jarohatlarning 77 foizi mehnat sharoitlari 3.1. sinflarga tegishli bo‘lgan tibbiyot xodimlari orasida sodir bo‘lgan. va 3,2 ($p < 0,001$); kadrlar darajasida - sezilarli teskari kuchli bog‘liqlik aniqlandi ($r = -0,88$); ish tajribasidan - 44,1% 5 yilgacha ish stajiga ega ($p < 0,05$).

Tibbiyot xodimlarida nozokomial virusli gemokontakt infeksiyalari profilaktikasini takomillashtirish tibbiy buyumlarni qayta ishlash va utilizatsiya qilishning zamonaviy texnologiyalarini qo‘llash orqali biologik xususiyatga ega zararli ishlab chiqarish omillari ta‘sirining oldini olishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlarni joriy etish orqali ta‘minlanadi. parenteral manipulyatsiyani amalga oshirish algoritmlarini joriy etish, shuningdek infeksiya manbalarini o‘z vaqtida va to‘liq aniqlash choralari ko‘rish. Ushbu chora-tadbirlar shifoxona tibbiyot xodimlarining nozokomial B va S gepatitlari bilan kasallanish darajasini kamaytirish imkonini berdi.

Xulosa. Tibbiyot xodimlarining qon orqali yuqadigan infeksiya viruslari bilan kasallanish xavfi omillarini hisobga olish va ro‘yxatga olish tizimini amaliyotga joriy etish asosida, shu jumladan. teri va shilliq pardalarning travmatik shikastlanishi yoki teri va shilliq pardalarga biologik suyuqliklar tushishi, tibbiyot xodimlari o‘rtasida qon orqali yuqadigan virusli infeksiyalar bilan kasallangan kasbiy kasalliklarni hisobga olish tizimi takomillashtirildi. Ushbu hisobga olish va ro‘yxatga olish tizimi shifoxona ichidagi infeksiyalarning oldini olish bo‘yicha maqsadli dasturlarni ishlab chiqishda qo‘llanildi, bu esa xodimlar o‘rtasida gepatit B va C kasalxonasi bilan kasallanish darajasini sezilarli darajada kamaytirish imkonini berdi.

**INCREASING THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY FOR
ENDOMETRIOSIS AND CHRONIC PELVIC PAIN IN PATIENTS OF
REPRODUCTIVE AGE**

*Satimova Sh.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Endometriosis is one of the most common diseases in women of reproductive age, which is associated with high individual and social costs. Pain is the most common symptom.

Objective: To increase the effectiveness of complex therapy of endometriosis patients suffering from chronic pelvic pain.

Materials and methods of research. A comparative analysis of the results of examination and treatment of 34 women of reproductive age (18-45 years) with a histologically verified diagnosis of endometriosis, in the period from 2020 to 2021, was carried out. The patients were divided into 2 groups: 1) 12 patients with endometriosis without pain syndrome. 2) 22 with chronic pelvic pain and endometriosis. Group II is divided into subgroups: 2A – 11 women with chronic pelvic pain, 2B – 11 – with the presence of a neuropathic component of pain syndrome. All patients received dienogest (the drug Vizanna) 2 mg per day for 3 months. Group 2A patients additionally received Amitriptyline 12.5 mg at night for 10 days, followed by an increase in the dose to 25 mg per day for 3 months, and group 2B patients received Clonazepam at a dosage of 2 mg per day at night and non-drug treatments (physical therapy, massage, balneotherapy). The effectiveness of treatment was monitored after 3 months. To assess the pain syndrome, the following were used: a Visual analog Scale (VAS), the painDETECT questionnaire to determine the presence of a neuropathic component of pain, the PSM-25 psychological stress scale, the Lemur-Tessier-Fillion PSM-25 scale, the WHO-26 quality of life questionnaire, the FSFI questionnaire to assess sexual function.

The results obtained. The average age of patients was 30.73 ± 5.47 years in group 1, 32.34 ± 7.02 years in group 2. The intensity of pain syndrome according to the VAS scale in group 2A: moderate in 2 (18.18%), severe in 7 (63.63%), unbearable in 2 (18.18%), in group 2B: severe pain in 2 (18.18%), the strongest in 5 (45.45%), unbearable in 4 (36.36%). In group 2A, the average level of depression was observed in 10 (90.91%) patients, high – in 1 (9.09%). In group 2B, the average level of depression was observed in 5 (45.46%), low in 2 (18.18%), high in 4 (36.36%). In group 1, all had a low level of depression (100%).

All patients underwent surgical treatment depending on the stage of endometriosis.

Against the background of ongoing therapy among patients taking Amitriptyline and Clonazepam, the severity of chronic pelvic pain in group 2A decreased by 5.4 times in the group with moderate pain syndrome; 4.5 times in the group with severe pain syndrome and 5.1 times in the group with severe pain syndrome. In patients of group 2B, pain symptoms decreased by 4.7 times in patients with severe pain, in patients with severe pain by 4.9, in patients with unbearable pain by 5.2 ($p < 0.05$).

The quality of life in patients of group 1 increased by 63% by the end of 3 months of treatment, in patients of group 2A by 77%, in patients of group 2B by 86%.

There was a decrease in the level of depression in group 2 (by 80%). The patients of group 1 did not have depressive disorders have been identified. The state of sexual comfort was reported by 12 patients (100%) of group 1, 97% of patients of group 2.

Conclusion. For effective treatment of endometriosis and chronic pelvic pain, it is necessary

to develop an interdisciplinary approach. The drugs Clonazepam and Amitriptyline in combination with non-drug methods of analgesic therapy have demonstrated effectiveness in relieving chronic pain.

BRONXIAL ASTMA BILAN OG'RIGAN BOLALARDA OVQAT HAZM QILISH
TIZIMINING PATOLOGIYASINING CHASTOTASI VA KLINIK VA
FUNKTSIONAL XUSUSIYATLARI

Saxibova M.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Yaqinda bir qator tadqiqotchilar ba ning boshqa kasalliklar bilan, xususan, oshqozon-ichak trakti patologiyasi (oshqozon-ichak trakti) bilan tez-tez kombinatsiyasini ko'rsatadi. Ma'lumki, nafas olish va ovqat hazm qilish organlari embriogenetik tarzda yaqin anatomik va funktsional aloqaga ega, ularning zo'ravonligi bu tizimlardan kamida bittasida patologik jarayonlarda namoyon bo'ladi. Shu bilan birga, bada ovqat hazm qilish organlarining patologiyasiga qarshi jang qilayotgan omillar hali o'rganilmagan, nafas olish va ovqat hazm qilish tizimlarining birlashtirilgan patologiyasini tashxislash va davolash uchun patogenetik rivojlanish mexanizmlari va yondashuvlariga yagona nuqtai nazar yo'q.

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu birlashtirilgan patologiyaning oldini olish, tashxis qo'yish va davolash samaradorligini oshirish uchun bronxial astma bilan og'rigan bolalarda ovqat hazm qilish tizimining patologiyasining chastotasi va klinik va funktsional xususiyatlarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 23 (21,5%), o'g'il bolalar - - - 84 (78,5%) 7-18 yoshgacha bo'lgan 107 bemor turli darajada ba chalingan tekshirildi. O'rta maktab yoshidagi bolalar (72,9%) yoshga qarab: 12 yoshdan 14 yoshgacha - 38 bola (35,5%), 15 yoshdan 18 yoshgacha - 40 bola (37,4%) ustunlik qildi.

Tadqiqot natijalari. Biz tomonidan ishlab chiqilgan maxsus anketalar tahlil natijalariga ko'ra (tarixi va / yoki hozirgi kunda ovqat hazm qilish organlari zarar ko'rsatgan shikoyatlarni, shuningdek astma klinik ko'rinishi bilan bog'liq gastroenterologik belgilari paydo vaqti aniqlash uchun, ba yomonlashuviga munosabati bilan) gastroenterologik shikoyatlar kasalxonaga vaqtida uchdan kam (27,1%) taqdim ta'kidlash lozim) bolalar. 69 (64,5%) bolalarda oshqozon-ichak trakti shikoyatlari tarixda aniqlangan va faqat 9 (8,4%) bolalarda shikoyat yo'q edi. Ushbu bemorlar endoskopik tekshiruv ota-onalarning roziligi bilan, irsiy og'irliklar mavjudligida-gastroenterologik kasalliklar bo'yicha postda amalga oshirildi.

Shunday qilib, oshqozonning funktsional holatini o'rganish natijalari kislotapeptik omilni bada gdz patologiyasini shakllantirishda, ayniqsa, kasallikning dastlabki bosqichlarida etakchi sifatida tasdiqlaydi. Bada kislotapeptik omilni kuchaytirish fiziologik jihatdan asosli bo'lishi mumkin, chunki protein substratining kislotapeptik ta'siriga duchor bo'lganligi, pepsin tomonidan ko'p marta samarali va kichik peptid cryyiciyp ga bo'linadi. Fiziologik sharoitda bu chora begona genetik materialning tananing ichki muhitiga kirishiga yo'l qo'ymaslikka qaratilgan. "Fiziologik etarlilik" o'lchovidan oshib ketganda, kislotapeptik hosil bo'lishining ortiqcha faollashishi bada gastroduodenal patologiyaning shakllanishida muhim rol o'ynashi mumkin. Ehtimol, ba ning og'irliigi, shuningdek, ovqat hazm qilish tizimining patologiyasi VNS ning aniq disfunktsiyasiga yordam beradi.

Shunday qilib, ba kasalligiga chalingan bolalar ovqat hazm qilish tizimining patologiyasining yuqori chastotasini aniqladilar. 107 tekshirilgan bolalardan faqat 2 oshqozon-ichak trakti tomonidan birgalikda patologiya topilmadi. HG va /yoki HGD-76 (72,4%), va HP bilan 46 bemorlarning etakchi o'rinni gastropa - tologiya tarkibida - bog'liq (60,5%). 19 (25%) bolalarda reflü gastrit kasaliga qo'yilgan. 29 (27,6%) bemorlarda kompleks klinik - laboratoriya va instrumental tadqiqotlar davomida oshqozon-ichak traktidagi o'zgarishlar funktsional dispepsiya sifatida baholanadi va ulardan 6 (20,7%) HP infeksiyasi aniqlandi. Bundan tashqari, 22 (20,9%) bolalarda reflux ezofagit, 79 (75,2%) bolalarda - gijja invaziyasi, 44 (41,9%) - gepatobiliar tizimning disfunktsiyasi, 41 (39%) - oshqozon osti

bezining reaktiv o'zgarishlari, bu esa bolalar uchun standart tekshiruviga kiritilishi kerakligini ko'rsatadi. Ba, klinik va laboratoriya va kerak bo'lganda ovqat hazm qilish tizimini o'rganishning instrumental usullari. Bolalar nafaqat allergist, balki gastroenterolog ham dispanser nazorati ostida bo'lishi kerak.

Xulosa. BA kasalligiga chalingan bolalarda ambulatoriya sharoitida va statsionar bosqichda ovqat hazm qilish tizimini o'rganish usullari va tanlovi oqlandi.

IFA usuli bilan Serum Antigenemiyasi bilan BA (dastlabki tekshiruvda) bo'lgan bolalarning HP infeksiyasini aniqlash uchun skrining testi sifatida foydalanish imkoniyati isbotlangan.

Birlashtirilgan patologiyani rivojlantirish uchun xavf guruhini ajratish mezonlari va ularning dispanser kuzatuv tamoyillari ishlab chiqildi.

BOLALARDA NEVROZ ALOMATLARI VA PSIHOSOMATIK BUZILISHLAR

Saxibova M.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Psixosomatik kasalliklarning ko'payishiga qaramasdan, Pediatrik amaliyotda bu tashxis juda kam uchraydi. Bu muammoning etarlicha o'rganilmaganligi, pediatriklarning zaif xabardorligi, bolalarda psixosomatik kasalliklarni tasniflashning yagona yondashuvlari yo'qligi bilan bog'liq. Shu nuqtai nazardan, bolalardagi psixosomatik kasalliklar muammosi Pediatrik va psixoterapevtik amaliyotdagi dolzarb muammolardan biri bo'lib, bolalarda klinik va psixologik namoyonlarni baholash, psixosomatik kasalliklar uchun xavf omillarini aniqlash va terapiya va ushbu shartlarning oldini olish uchun differentsial yondashuvni baholash bo'yicha keyingi tadqiqotlar o'tkazish kerak. Psixosomatik kasalliklarni aniqlash, ayniqsa, ona va bola salomatligini muhofaza qilish uchun juda muhimdir va qo'shimcha o'rganishni talab qiladi.

Tadqiqotning maqsadi. Bolalarda psixosomatik kasalliklarning klinik va yosh xususiyatlarini baholash, ularning rivojlanishi uchun perinatal va ijtimoiy xavf omillarining rolini aniqlash, kuzatuv va tibbiy yordam algoritmini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Organilayotgan davr uchun psixologik yordam so'rab murojaat qilgan barcha bolalarning 14,3 foizini tashkil etgan psixogenik kasalliklarga chalingan 361 bola tekshirildi. Ulardan 170 (47,1%) bolalarda psixosomatik kasalliklar aniqlandi. Ishning keyingi bosqichida psixosomatik kasalliklarga chalingan bolalarning asosiy guruhi (81 bolalari) aniqlandi, undan keyin uch yil davomida dinamik kuzatuv o'tkazildi. Tadqiqot guruhiga jiddiy organik miya shikastlanishi va endogen aqliy kasalliklari bo'lgan bolalar kiritilmagan.

Tadqiqot natijalari. Ichki organlar kasalliklarining klinik va laboratoriya ko'rinishlariga mos kelmaydigan nevrozli bolalarning ko'plab somatik shikoyatlari funktsional va nevrologik kasalliklarning somatik namoyonidir.

Neyrozli bolalarda bu kasalliklarning yarmidan ko'pini (47,1%) o'z ichiga olgan psixosomatik disfunktsiyalar tez-tez uchraydi (50,6%), sindromning polisistemik lezyonlari bilan bog'liq. Neyrozli bolalarda ruhiy kasalliklar tarkibida Anksiyete-fobik kasalliklar (77,78%) va somatik disfunktsiyalar tarkibida - oshqozon-ichak trakti kasalliklari (40,7%) va yurak-qon tomir tizimi (35,8%) etakchi o'rinni egallaydi.

Bolalarda badandagi disfunktsiyaning klinik ko'rinishlari, bolaning o'sishi bilan kuchayib, yoshga bog'liq naqshlarga ega. Hayotning birinchi yilidagi bolalarning psixosomatik bozukluklari, nöropati fonida, erta bolalik davrida (1 yildan 3 yilgacha) - psixosomatik reaksiyalar va sharoitlar kabi, bir vaqtning o'zida, 3dan kattaroq bolalar - birgalikda reaksiyalar sifatida, somatik yoki ruhiy kasalliklarga aylanadi.

Neyrozli bolalarda psixosomatik kasalliklar rivojlanishi uchun yuqori xavf omillari perinatal davr (istalmagan homiladorlik, homilador ayollarning erta toksikozi,

homiladorlikning birinchi yarmida uzilish tahdidi, homilador ayollarning gestozi, onalarda kasbiy zararining mavjudligi), intranatal(tez tug‘ilish, mehnatning asosiy zaifligi tug‘ruqdagi xomilalik uzoq muddatli gipoksiya, bo‘yin atrofidagi kindik ichakchasidagi obvitatsiya, tug‘ilish, tug‘ruqdan keyingi davrlar) va tug‘ruqdan keyingi omillar (Markaziy asab tizimining shikast etkazilishi, Markaziy asab tizimining hipokusik shikastlanishi, keyinchalik, ko‘kragiga qo‘llash, aralash oziqlantirish, mikro - ijtimoiy omillar-onalarning shaxsiy xususiyatlari va ta‘lim tizimidagi buzilishlar).

Psixosomatik kasalliklarga chalingan bolalar pediatri psixoterapevt, tor mutaxassislar bilan birgalikda majburiy psixo-tuzatish komponenti bilan muvofiqlashtirilgan davolashda alohida kompleks kuzatish va davolashga muhtoj.

Xulosa. Bolalarda nevroz va psixosomatik kasalliklar rivojlanish xavfining klinik xususiyatlari, perinatal va ijtimoiy omillari bo‘yicha olingan ma‘lumotlar bolalarning TSSB rivojlanish xavfi guruhlarini aniqlash va kasalliklarni erta tashxislash uchun asosiy sog‘liqni saqlash pediatrlari tomonidan qo‘llanilishi mumkin.

Psixosomatik kasalliklarga chalingan bolalarni tibbiy jihatdan qo‘llab-quvvatlash uchun mo‘ljallangan algoritmlar bolalar poliklinikalari va somatik Profil shifoxonalarida qo‘llanilishi mumkin.

FEATURES OF THE COURSE AND OUTCOMES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH COVID AND VIRAL HEPATITIS B

Shakirova S.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance. HBV is transmitted parenterally, sexually and perinatal. Among the transmission routes, the leading place (more than 50%) is occupied by infection with parenteral drug administration, as well as the sexual transmission route. Parenteral transmission pathway occurs during medical interventions, cosmetic manipulations, tattooing, intravenous administration of narcotic drugs.

The proportion of cases of infection during blood transfusions and medical procedures has now significantly decreased. The sexual pathway plays a crucial role in the spread of HBV in low-endemic regions. The risk of infection during sexual intercourse depends on the duration of active sexual life, the number of sexual partners, the presence of sexually transmitted diseases in the anamnesis.

The purpose of the study. To study the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period, perinatal outcomes in pregnant women, women in labor and HBV with confirmed COVID-19.

Materials and methods of research. A retrospective analysis of pregnant women, women in labor and women in labor with coronavirus infection, as well as an analysis of the condition of newborns born from COVID-19 mothers at AOPC and AOIB was carried out.

The results of the study. Among all hospitalized pregnant women, 36.7% gave birth, two pregnant women gave birth to twins.

Only 34 patients were transferred from other hospitals, including 20 pregnant women and 14 maternity hospitals with newborns.

Among all those admitted, HBV was diagnosed in 53.9% of women.

Of the total number of births, 36.7%, only in two cases in newborns from COVID-19 mothers, the test result for COVID-19 showed "as positive", and in the remaining 99.3% of newborns born from COVID-19 mothers, the test results for COVID-19 were "negative". In order to prevent the spread of this virus, all pregnant women, according to clinical recommendations, did not feed newborns with breast milk.

In total, operative deliveries were performed at the hospital in pregnant women with confirmed COVID-19 -76, of which 54 planned, 22 emergency cesarean section operations.

All operative deliveries were clinically justified. Transferred to another hospital (to the center of phthisio-pulmonology) - 1 woman. The average duration of the spent bed days in the infectious profile was 10.5 days.

Conclusions. Thus, analyzing the results of the data, it was found that pregnant women, women in labor and women in labor are also at high risk of developing severe infection during this current outbreak in 2019 - According to the results of the analysis, COVID-19 was detected in pregnant women, women in labor and women in labor 58.9% and 55.8%, respectively. Depending on the gestation period, the highest rate of confirmed COVID-19 was detected among pregnant women with a gestation period of 23-36 weeks and 37 weeks or more. Among all those admitted, 23.9% of women were diagnosed with pneumonia.

Of the total number of births, 36.7%, only in two cases in newborns from COVID-19 mothers, the test result for COVID-19 showed "as positive", and in the remaining 99.3% of newborns born from COVID-19 mothers, the test results for COVID-19 were "negative".

Conclusion. Thus, HBV in pregnant women is an important medical and social problem due to the pronounced negative impact on the health of the mother and fetus. In the management of pregnant women with HBV infection, special attention is paid to immunoprophylaxis of infection transmission to the newborn and non-specific therapy aimed at protecting the liver and creating optimal conditions for its operation.

PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH COVID AND VIRAL HEPATITIS B

Shakirova S.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Viral hepatitis B (HBV) is a serious problem for modern healthcare. According to WHO, more than 1/3 of the world's population is infected with HBV and more than 1 million people die annually from various clinical manifestations of this infection.

B. South Asia, Africa and China are the most unfavorable in this regard. There are more than 5 million infected people living in Russia. The frequency of carriage ranges from 1.8-2.4% of the adult population in the Central and North-Western regions to 11.6% in Yakutia.

The purpose of the study. To study pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in pregnant women, women in labor and HBV with confirmed COVID-19.

Materials and methods of the study. A retrospective analysis of pregnant women, women in labor and women in labor with coronavirus infection, as well as an analysis of the condition of newborns born from COVID-19 mothers at AOPC and AOIB was carried out.

The results of the study. Among all hospitalized pregnant women, 36.7% gave birth, two pregnant women gave birth to twins.

Only 34 patients were transferred from other hospitals, including 20 pregnant women and 14 maternity hospitals with newborns.

Among all those admitted, HBV was diagnosed in 53.9% of women.

Of the total number of births, 36.7%, only in two cases in newborns from COVID-19 mothers, the test result for COVID-19 showed "as positive", and in the remaining 99.3% of newborns born from COVID-19 mothers, the test results for COVID-19 were "negative". In order to prevent the spread of this virus, all pregnant women, according to clinical recommendations, did not feed newborns with breast milk.

In total, operative deliveries were performed at the hospital in pregnant women with confirmed COVID-19 -76, of which 54 planned, 22 emergency cesarean section operations. All operative deliveries were clinically justified. Transferred to another hospital (to the center of phthisio-pulmonology) - 1 woman. The average duration of the spent bed days in the infectious profile was 10.5 days.

Conclusions. Thus, analyzing the results of the data, it was found that pregnant women, women in labor and women in labor are also at high risk of developing severe infection during this current outbreak in 2019 - According to the results of the analysis, COVID-19 was detected in pregnant women, women in labor and women in labor 58.9% and 55.8%, respectively. Depending on the gestation period, the highest rate of confirmed COVID-19 was detected among pregnant women with a gestation period of 23-36 weeks and 37 weeks or more. Among all those admitted, 23.9% of women were diagnosed with pneumonia.

Of the total number of births, 36.7%, only in two cases in newborns from COVID-19 mothers, the test result for COVID-19 showed "as positive", and in the remaining 99.3% of newborns born from COVID-19 mothers, the test results for COVID-19 were "negative".

Conclusion. In conclusion, based on the most recent epidemiological data on COVID-19 and the course of pregnancy against the background of infection, there is little evidence indicating an increased risk to the mother or fetus. In addition, recent data indicate the absence of any associative connection about vertical transmission of infection from mother to fetus; there is also no data on the occurrence of fetal malformations associated with this infection. It is obvious that the management of pregnant patients should be individualized, based on obstetric indications and the condition of the mother and fetus. It is important to take into account that the current COVID-19 pandemic causes psychological stress and anxiety in pregnant women, which can have an adverse effect on the course of pregnancy and lead to complications. In addition, in order to prevent infection, it is important to follow the recommendations on social isolation and quarantine issued by health authorities in order to avoid further spread of COVID-19.

DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA.

*Shamsiev F. M., Azizova N. D., Makhpieva G.K.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Currently, bronchial asthma (BA) is a disease that is common throughout the world. According to epidemiological studies, asthma affects 7-15% of the world's population and it belongs to the pathology in which the mortality rate may not depend on the severity of the disease. In turn, this requires close attention to the timely and adequate treatment of the main syndrome of bronchial asthma - bronchial obstruction. Цель исследования. Изучение особенностей диагностики и лечения бронхо-обструктивного синдрома при бронхиальной астме.

Material and methods. The study involved 27 children aged 6 to 14 suffering from bronchial asthma. All children were divided according to the severity of the disease: 20% of patients had mild BA, less than half of the examined (44%) were diagnosed with moderate BA. Severe degree was diagnosed in 36% of patients.

Research results. The diagnosis of bronchial asthma was established on the basis of characteristic symptoms, which are characterized by daily and seasonal variability. During an episode of bronchial obstruction during percussion of the lungs, a percussion sound with a box tone was noted, during auscultation, against the background of complicated breathing, various dry wheezing rales were heard, and at the end of an asthma attack, low-pitched rales were added.

In the clinical analysis of blood and sputum, eosinophilia was often observed. In sputum, proteins of destroyed eosinophils and Kurshman's coils were detected.

Numerous studies have shown that the characteristics of the clinical course of broncho-obstructive syndrome (BOS) in BA can be influenced by the age of patients. The greatest differences were characterized by BA in children of the first year of life, when the first episodes of the disease had the character of obstructive bronchitis, dry obsessive cough,

wheezing, shortness of breath. In children older than 3-4 years, the clinical picture of BA was characterized by stabilization of the course. At the age of 10-14 years, the course of BA worsened in 49.1% of girls, while the majority of boys (84.2%) showed a clinical improvement in the course of the disease, which is associated with changes in the hormonal background at puberty and the peculiarities of the effect of sex hormones on body's immune response.

The clinical features of biofeedback in severe asthma include persistent symptoms of the disease (respiratory discomfort, expiratory and mixed dyspnea, limitation of physical activity, frequent nocturnal attacks and numerous exacerbations of the disease). In children with severe asthma, irreversible bronchial obstruction associated with long-term inflammation and associated with airway remodeling was often observed.

Treatment of asthma should include the impact on various components of the pathogenesis of the disease: anti-inflammatory drugs for symptomatic therapy, bronchodilators and inhalants.

Findings:

1. The main syndrome of asthma is the syndrome of reversible bronchial obstruction.
2. Consideration of BA as a chronic inflammatory disease determines approaches to the diagnosis, treatment and prevention of biofeedback.
3. In complex therapy, it is necessary to take into account the presence of concomitant diseases and conditions, apply symptomatic therapy.

FETOPLASENTAR YETISHMOVCHILIK BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA TUG'RUQ ASORATLARINI O'RGANISH

Shavkatova A.Z., Xudoyarova D.R.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Tadqiqot dolzarbligi. Akusher-ginekologlar va neonatologlar uchun ma'lumki, FPY homila gipoksiyasi va gipotrofiyasiga olib keladi va uning natijalari perinatal kasallanish va o'lim bilan to'g'ridan-to'g'ri proportsionaldir. FPY ko'pincha doimiy xomila gipoksiya fonida ishemik o'zgarishlardan paydo bo'lib homila rivojlanishining ortda qolishi, homilaning rivojlanishidagi nuqsoblar va ensefalopatiya kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Homiladorlik paytida yuqadigan har bir kasallik homilaning holatiga, ayniqsa, gipotrofiya va gipoksiyaga, bolada asab tolalarining miyelinatsiyasi jarayoniga ta'sir qiladi, kelajakda FPY bilan kasallangan onalardan tug'ilgan bunday bolalarda turli yosh davrlarida namoyon bo'lishi mumkin bo'lgan nevrologik va ruhiy turli xil kasalliklarni rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi.

Shunga asoslanib, biz FPY bilan kasallangan bemorlarni erta tashxislash va davolashning muhimligini ta'kidlashimiz mumkin. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ozon terapiyasi nafaqat FPY bo'lgan bemorlarning klinik va laboratoriya parametrlariga bevosita foydali ta'sir ko'rsatadi, balki bachadon-platsenta-homila tizimida qon oqimini normallashtirish, immun buzilishlarni tuzatish bilan antioksidant tizimni faollashtirish va lipid oksidlanish intensivligini kamaytirish kabi uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun ushbu patologiyada qanday yo'l qo'llash va uni oldini olish kabi masalalar zamonaviy tibbiyotda dolzarbdir.

Tadqiqot maqsadi. Homiladorlik davrida fetoplasebta yetishmovchilik bo'lgan ayollarda tug'ruq asoratlarini o'rganish orqali uning profilaktik chora-tadbirlarini o'rganib chiqish.

Tadqiqot materiallari va metodlari: 25 ta yangi tug'ilgan chaqaloq ikki guruhga bo'lingan holda tekshirildi:

I guruh 12 yangi tug'ilgan chaqaloqlar, ularning onalarida homiladorlik davrida surunkali FPY belgilari bo'lmagan, ammo ayollarning o'zlari hamroh bo'lgan patologiyaga ega

edilar. II guruh - onalari FPY tekshiruvidan so'ng aniqlangan, davolashning bir qismi sifatida ozon terapiyasini olgan 13 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlar (5-7 kunlik kurs, 400 mkg/l ozon konsentratsiyasida ozon-kislorod aralashmasidan tayyorlangan ozonlangan fiziologik eritmaning tomir ichiga tomchilab yuborilishi).

Tadqiqotda umumiy qabul qilingan tekshirish usullari - obyektiv tekshirish, laboratoriya tadqiqot usullari qo'llanilgan. Bundan tashqari, neonatologlar bilan birgalikda ma'lumotlar o'rganildi.

Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash Microsoft Excel dasturida o'rtacha arifmetik M, o'rtacha arifmetik xatoning standart xatosi, m ni hisoblash bilan amalga oshirildi. Taqqoslangan qatorlardagi farqlarning ahamiyati Student t-kriteriysi yordamida tekshirildi va 5% ahamiyatlilik darajasida qabul qilindi.

Tadqiqot natijalari. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda erta neonatal davrni tahlil qilish, onaning homiladorlik davrida fetoplasentar kompleksning patologiyasi bor-yo'qligiga qarab, bir qator xususiyatlarni aniqladi. Shuningdek, homiladorlik paytida o'tkazilgan davolanish turi bo'yicha uning kechishida sezilarli o'zgarishlar kiritildi.

Homiladorlik davrida FPY belgilari bo'lmagan bemorlarda (I guruh) yangi tug'ilgan chaqaloqlarning o'rtacha vazni $3315,67 \pm 54,3$ g, ularning o'rtacha bo'yi $51,7 \pm 0,44$ sm, shunga o'xshash ko'rsatkichlar II guruh ayollarida qayd etilgan, bu mos ravishda $3274,29 \pm 65,32$ g va $51,74 \pm 0,26$ sm ($p > 0,05$).

Turli guruhlardagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bosh va ko'krak atrofi o'rtasidagi sezilarli farqlar aniqlanmagan. Shunday qilib, ushbu ko'rsatkichlar o'rtacha II guruhda $34,19 \pm 0,49$ sm va I guruhdagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda $34,27 \pm 0,53$ sm deb qayd etildi. Ushbu guruhlardagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ko'krak qafasi atrofi mos ravishda $31,47 \pm 0,64$ sm va $32,31 \pm 0,52$ sm ($p > 0,05$) edi.

Hayotning 1-daqiqasida barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'tkazilgan Apgar bahosi I ($7,1 \pm 0,11$) guruhga nisbatan II guruh ($6,5 \pm 0,15$) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'rtacha ko'rsatkichning sezilarli darajada pastligini aniqladi. 5-daqiqada Apgar shkalasini baholashda shunga o'xshash natijalar kuzatildi, ammo ko'rsatkichlarning mutanosib o'sishi kuzatildi: II guruh - $8,0 \pm 0,07$, I guruh - $7,9 \pm 0,08$.

Ko'pgina bolalarda markaziy asab tizimining depressiyasining belgilari erta neonatal davrda qayd etilgan, bu mushak tonusining pasayishi, periosteal reflekslarning amplitudasi va ba'zida tremor bilan namoyon bo'lgan hamda bu alomatlar hayotning 4-5 kunida o'z-o'zidan yo'qolgan.

Ushbu klinik belgilar vaqtinchalik nevrologik disfunktsiyaga xos bo'lib, u o'tish davri hisoblanib, sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham tez-tez qayd etiladi va terapiyani talab qilmaydi.

Bizning tadqiqotimizda bu alomatlar bolalarda quyidagi ko'rsatkichlarda kuzatildi: I guruhda $20,00 \pm 5,16\%$, II guruhda $25,20 \pm 3,91\%$.

Neyrosonografiya bilan instrumental ravishda tasdiqlangan va odatda gipoksik-ishemik xususiyatga ega bo'lgan markaziy asab tizimining organik shikastlanishlari sezilarli darajada kamroq bo'lgan va I guruhda $1,67 \pm 1,65\%$ ni, II guruhda $0,81 \pm 0,81\%$ ni tashkil etgan.

Yana bir asorat - bu gipotrofik tipdagi intrauterin o'sishning kechikishi, III guruhda sezilarli darajada tez-tez uchraydi - II va I bilan solishtirganda $37,68 \pm 6,15\%$, bu erda erta neonatal davrni $18,70 \pm 3,52\%$ va $16,67 \pm 4,81\%$ ga murakkablashtirgan. holatlar.

Ko'pincha ikki guruhning yangi tug'ilgan chaqaloqlarida nafas olish qiyinlishuvi sindromi (NOQS) va bachadonichi infeksiya (BII) tashxisi qo'yilgan.

Shunday qilib, II guruhdagi NOQS $4,07 \pm 1,78\%$ hollarda, BII - $3,25 \pm 1,60\%$ hollarda qayd etilgan. I guruh onalarining yangi tug'ilgan chaqaloqlariga kelsak, ularda NOQS $3,33 \pm 2,32\%$, BII $5,00 \pm 2,81\%$ hollarda aniqlangan.

II guruhdagi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda erta neonatal davr asoratlarning kamligi sabab, ularning tug'ruqxonadan chiqarilgandan so'ng keyingi davolanish va malakali kuzatuvga muhtojlik ko'rsatkichi I guruhga qaraganda past edi.

FPY kabi homiladorlikning bunday dahshatli asoratlarini oldini olishda ozon terapiyasining maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi. Tibbiy ozonni qo'llashning patogenetik maqsadga muvofiqligi (bachadon-plasenta-homila qon oqimini to'g'rilash, qonning gemoreologik xususiyatlarini, homilador ayolning gomeostazining immun va biokimyoviy parametrlarini yaxshilash) moslashish qobiliyati sezilarli darajada oshgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ko'rish mumkin.

Xulosa. Shunday qilib, FPY asosan yangi tug'ilgan chaqaloqning holatini aniqlaydi, turli xil asoratlarning chastotasini oshiradi, asosan platsenta orqali homilaga kislorod va ozuqa moddalarining yetarli darajada yetkazib berilmasligi bilan bog'liq.

FPY uchun kompleks terapiyaning bir qismi sifatida ozon terapiyasidan foydalanish asoratlarning og'irligini kamaytirishga yordam beradi.

AYOLLARDAGI METOBOLITIK O'ZGARISHLARNING MENOPAUZANING DAVOMIYLIGIGA BOG'LIQLIGI.

Shodmonqulova D.R., Zakirhodjaeva D.A.

ToshPTI, Akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrasida

Dolzarbliligi: So'nggi yillarda menopauza davrida ayollar salomatligiga katta e'tibor qaratilmoqda, chunki bu davr ayol hayotining deyarli uchdan bir qismini tashkil qiladi. Shu fakt bilan bog'liq holda, nafaqat ayolning sog'lig'i, balki uning mehnat qobiliyati, turli ijtimoiy funktsiyalarni bajarish qobiliyati ham ushbu davrning tabiati va jarayoniga bog'liq. Estrogen etishmovchiligi turli xil asoratlarni rivojlanishiga olib keladi, shuning uchun menopauza davrida turli organlar va tizimlarning funktsional buzilish ehtimolini oldindan bilish va o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolashni amalga oshirish muhimdir. Metabolik buzilishlar menopauzaning ayrim asoratlari hisoblanadi.

Maqsadi : Ayollardagi metabolik buzilishlarning menopauza davriga bog'liqligini tushuntirish.

Material va metodlar : Materiallar va usullar. Tadqiqotda 45 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 75 nafar ayol ishtirok etdi, ular menopauza davomiyligiga qarab guruhlariga bo'lingan. Birinchi guruhga menopauza muddati 2 yilgacha bo'lgan 25 nafar bemor, ikkinchi guruhga menopauza davomiyligi 2 yildan 7 yilgacha bo'lgan 25 nafar bemor, uchinchi guruhga - menopauzasi 7 yildan ortiq bo'lgan 25 nafar ayol kiradi. Nazorat guruhiga menopauza davridagi metabolik kasalliklar belgilari bo'lmagan 20 nafar ayol kiritilgan. Ayollarning hech biri gormonlarni almashtirish terapiyasini olmagan. Bemorlarning barcha guruhlarida akusherlik-ginekologik va irsiy tarix, menopauzaning boshlanish yoshi, uning davomiyligi va davolash kursi o'rganildi. Antropometrik usul yordamida quyidagi parametrlar baholandi: tana massasi indeksi (TMI), bel aylanasi (BA), BA dan dumba aylanasiga nisbati (BA / DA).

Xulosa. 1. Metabolik buzilishlarning rivojlanishida irsiyat muhim rol o'ynaydi. 2. Menopauzaning davomiyligi qanchalik uzoq bo'lsa, metabolik kasalliklarning aniq belgilari aniqlanadi: semirish, OX, TG, LDL va VLDL darajasining oshishi, HDL, insulin darajasining pasayishi, IR rivojlanishi, qon tomir asoratlari, diabet

AYOLLARDA JINSIY AZOLAR PROLAPSINI DAVOLASH UCHUN JARROHLIK TEXNIKASI TANLASH.

Sobirova M.R.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Dolzarblik. Bugungi kunga qadar ginekologik amaliyotda genital prolapsni jarrohlik davolash usulini tanlash masalasi munozarali bo'lib qolmoqda. Hozirgi vaqtda mavjud bo'lgan barcha operativ usullar kasallikning uzoq muddatli asoratlarini bartaraf etishga kafolat bermaydi.

Tadqiqot maqsadi: Jinsiy organlarning prolapsasini jarrohlik yo'li bilan davolash va kasallikning qaytalanishining oldini olish texnikasini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Biz turli darajadagi genital prolaps tashxisi qo'yilgan 94 nafar ayolni o'rganishni o'tkazdik, ular ikki guruhga bo'lingan. Birinchi (asosiy) guruhga prolen tasma bilan bachadonni yumaloq boylamlari bilan qin cho'rtog'i plikatsiya qilish bilan vaginal histerektomiya qilingan 54 ayol kiradi. Ikkinchi guruh (nazorat) Meyo usuli bilan vaginal histerektomiya qilingan 40 nafar ayoldan iborat edi. Tekshiruvdan o'tgan ayollarning yoshi 39-75 yoshni tashkil etdi.

Tadqiqot natijalari: Birinchi guruh ayollarida bachadonni qin orqali olib tashlangandan so'ng, bachadonning yumaloq boylamlari prolen lenta bilan qin dumg'aza bachadon boylami va o'tirg'ich suyak boylamiga bog'langan. Bundan tashqari, dumg'aza bachadon boylami prolen tasmasi bilan birga tikilgan. Shu bilan birga, kuchli to'qimalar konglomeratidan iborat kuchli qin gumbazi, chuqurqin hosil bo'ldi va prolapsasining takrorlanishi xavfi yo'q qilindi. Operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi asoratlarni kuzatilmadi.

Nazorat guruhidagi ayollar uchun jarrohlik davolashning o'rtacha davomiyligi 70 dan 95 minutgacha bo'lgan.

Ayollarning klinikada bo'lish muddati 5-6 kun. Qon yo'qotishning o'rtacha hajmi 195 ± 35 ml ni tashkil etdi. Ikkinchi guruhda, ikkita holatda operatsiyadan keyingi erta davrda qon ketishi kuzatildi, bu gemostazning qo'shimcha usullari yordamida bartaraf etildi.

Operatsiyadan keyingi bosqichda biz ayollarni 6-9 oy davomida kuzatdik.

Biz asosiy guruhdagi ayollar foydasiga quyidagi shaklda aniq farqlarni kuzatdik: operatsiya davomiyligining pasayishi; kamroq invaziv jarrohlik; chuqur qin; kamroq qon yo'qotish, ayollarning hayot sifatini yaxshilash.

Xulosa: Biz tomonidan taklif qilingan genital prolapsani jarrohlik yo'li bilan davolash usuli ishonchli usul bo'lib, kasallikning uzoq muddatli asoratlarning oldini olish sifatida taklif qilinishi mumkin.

BOLALARDA O'PKA DISPLAZIYASINI PATOMORFOLOGIK XARAKTERISTIKLARI

Sobirova N.R.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, ayniqsa, erta tug'ilgan chaqaloqlarda o'pka patologiyasi muammosi asosiy muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Ma'lumki, bu neonatal davr bola hayotida eng muhim hisoblanadi. Hozirgi vaqtda uning funktsional tizimlari, birinchi navbatda, qayta tuziladi. nafas olish. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda ushbu hayotiy tizimning shakllanishidagi buzilish nafas olish qiynlishuvi sindromida sodir bo'ladi. Bu holat shoshilinch davolanishni, ya'ni o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasini talab qiladi.

Erta tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishning zamonaviy texnologiyalarini ishlab chiqish va ular uchun intensiv terapiyani joriy etish nafas olish kasalliklarini davolashda katta muvaffaqiyatlarga erishish va erta neonatal o'limni kamaytirish imkonini berdi. Biroq, bu aralashuv yangi tug'ilgan chaqaloqlarning va ayniqsa, erta tug'ilgan chaqaloqlarning o'pka to'qimalarining funktsiyasi va tuzilishi uchun ularning anatomik va fiziologik xususiyatlarini hisobga olgan holda e'tibordan chetda qolmaydi. Amalga oshirilgan bir xil terapevtik va profilaktika choralarini dunyoning barcha mamlakatlarida yatrogen asoratlarning, xususan, bronxopulmoner displaziyaning ko'payishiga olib keldi.

Hozirgi vaqtda bronxopulmoner displaziya rivojlanishiga yordam beruvchi omillar yaxshi o'rganilgan, ammo uning patomorfologik ko'rinishlari bronxopulmoner tizimning boshqa surunkali kasalliklariga o'xshash tarzda ancha stereotipik tarzda tasvirlangan.

Ushbu masala bo'yicha ko'plab nashr etilgan ishlar o'pkada klinik, rentgenologik o'zgarishlar, bronxopulmoner displaziyani davolash va oldini olish usullariga bag'ishlangan.

Tadqiqot maqsadi. Neonatal bronxopulmoner displaziyaning morfologik ko'rinishlarining xususiyatlarini o'rganish, uni morfogenezning turli bosqichlarida morfologik tashxislashning yagona algoritmini ishlab chiqish, keng qamrovli klinik va morfologik tahlil asosida o'pkada hujayra yangilanishining o'ziga xosligini aniqlash. kesma material, morfologik va immunohistokimyoviy tadqiqotlar.

Materiallar va tadqiqot usullari. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun 2021 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda 39 nafar erta tug'ilgan chaqaloqlar tibbiy ko'rikdan o'tkazildi, ulardan 235 nafarida bronxopulmoner displaziya (o'rtacha yoshi $1,8 \pm 0,9$ oy) va 64 nafarida BPD (o'rtacha yoshi $1,6 \pm 0,4$ oy) tashxisi qo'yilgan. oy), Andijon shahar erta bolalar bo'limiga yotqizilgan.

Tadqiqot natijalari. Bronxopulmoner displazi rivojlanishi uchun statistik ahamiyatga ega xavf omillari, kasallikning shaklidan qat'i nazar, oligohidramnioz yoki polihidramnioz, uzoq vaqt suvsiz davr, antenatal davrda intrauterin o'sish sekinlashishi; neonatal davrda nafas olish qiyinlashuvi sindromi, pnevmoniya, anemiya. Yangi shakl uchun preeklampsi va o'tkir respirator virusli infeksiyalar fonida homiladorlikning kechishi, sezaryen bilan tug'ish va tug'ruq paytida asfiksiya muhim ahamiyatga ega. Klassik BPDda xavf omillari platsentaning ajralishi, intrauterin o'sishning kechikishi va neonatal noto'g'ri ovqatlanishdir.

BPD ning yangi shakli bo'lgan chaqaloqlarda homiladorlik muddati qisqaroq, tug'ilishning og'irligi past, 5 daqiqada Apgar ko'rsatkichi past, qon kimyosi bo'yicha gipoproteinemiya va klassik BPDga qaraganda ko'proq ochiq arteriozis mavjud.

BPDning klassik shakli morfologik jihatdan aniq fibroz tufayli shikastlangan alveolsitlar va qalinlashgan interalveolyar septalarga ega kichik alveolalarning ustunligi bilan tavsiflanadi. Yangi BPDda fibroz engil, tartibsiz shakldagi alveolalar kattalashgan, normal tuzilishga ega bo'lgan alveolalar ustunlik qiladi va interalveolyar septalar ingichka bo'ladi.

Bolalarda bronxopulmoner displaziya kursi lipid peroksidatsiyasi va antioksidantlarni himoya qilish tizimidagi nomutanosiblik bilan birga keladi. Prooksidantning yuqori ko'rsatkichlari va past antioksidant faolligi mavjud. Pro- (IL-1b, TNF-a) va yallig'lanishga qarshi sitokinlar (IL-4), o'sish omili- β (TGF- β) o'zgarishi sog'lom bolalar bilan solishtirganda ko'paygan. Yallig'lanishga qarshi va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning muvozanati IL-4 tomon siljiydi.

Bronxopulmoner displazi bo'lgan bolalarda bronxofonografiyada bronxlarning barcha darajalarida bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishi aniqlangan. Ventilyatsiya buzilishining og'irligi kasallikning shakli va zo'ravonligiga bog'liq. Klassik shaklda o'rta va kichik bronxlar va BPD ning yangi shaklida katta bo'lganlar ustunlik qiladi.

Xulosa. Neonatal bronxopulmoner displaziyaning morfologik ko'rinishlarini o'rganish kasallikning rivojlanish darajasiga ko'ra morfologik differentsial diagnostika mezonlarini taqdim etishga imkon berdi.

Olingan ma'lumotlarga asoslanib, bronxopulmoner displaziyaning morfologik tashxisini sezilarli darajada ob'ektivlashtirish va birlashtirish, shuningdek, klinik va anatomik taqqoslash sifatini yaxshilash mumkin.

Bronxopulmoner displaziyaning morfologik ko'rinishlarini patologoanatom amaliyotiga joriy etish uchun uning morfogenezi bosqichlariga ko'ra bronxopulmoner displaziyani patomorfologik diagnostika qilish algoritmi, shu jumladan ushbu algoritmnning tasvirlangan versiyasi ishlab chiqilgan.

O‘SMIRLARDA PAROKSIZMAL HOLATLAR: PATOGENEZI, KLINIK KURS,
TASHXIS VA DAVOLASH

Sobirova N.R.
Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Paroksizmal holatlarni davolashda ba'zi yutuqlarga qaramasdan, ularning rivojlanish sabablari haqida hali ham umumiy tushuncha yo'q, ya'ni bemorlarni reabilitatsiya qilishda turli xil yondashuvlar mavjud.

Paroksizmal holatlarning asosi neyroimmun va endokrin munosabatlarning buzilishidir. Immunitet va neurotransmitter tizimlarining buzilishi haqida adabiyotda berilgan ma'lumotlar tarqoq va noaniqdir. Patogenez muammolari, o'smirlik davrida paroksizmal holatlarning diagnostikasi etarli darajada o'rganilmagan va ushbu toifadagi bemorlarni reabilitatsiya qilish usullari ishlab chiqilmagan.

Tadqiqot maqsadi. O'smir bolalardagi paroksizmal holatlarning klinik kechish xususiyatlarini, neyropsixofiziologik va immunologik xususiyatlarini aniqlash, ularning klinik va patogenetik variantlarini aniqlash va ushbu toifadagi bemorlar uchun kompleks reabilitatsiya dasturlarini ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. PS bilan kasallangan bemorlarni tekshirish va davolash ADTI klinikasi bazasida asab kasalliklari klinikasi sharoitida amalga oshirildi. Kuzatuv ostida 10-20 yoshli PS bilan og'rig'an 63 bemor bor edi. Ulardan 10 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan 27 nafar erta o'smirlik davridagi bemorlar va 36 kishi. kech o'smirlik 15 yoshdan 20 yoshgacha.

Tadqiqot natijalari. O'smir bemorlarning anamnestik ma'lumotlarini o'rganish paroksizmal holatlar (PS) bo'lgan kasalliklarning barcha nozologik shakllari uchun umumiy bo'lgan bir qator xavf omillarini aniqlashga imkon berdi. Bunday omillar orasida rivojlanishning perinatal davrining patologiyasi (63,3%), infeksiyalar (43%), irsiy moyillik (34,6%), miya shikastlanishi (24,7%) qayd etilgan.

Paroksizmal holatlarning rivojlanishiga yordam beradigan qo'zg'atuvchi omillardan quyidagilar qayd etildi: o'tkir stressli yoki surunkali travmatik holat (56,2%), og'ir jismoniy zo'riqish (37,5%), uyqu va ovqatlanishning buzilishi (29,7%), iqlim sharoitining keskin o'zgarishi. harakatlanish (18,3%), noqulay quyosh va meteorologik omillar (46,8%), kuchli shovqin (41,3%), yorqin yorug'lik (36,4%), gipotermiya (27,3%) , surunkali kasalliklarning kuchayishi (31,5%).

O'tkazilgan keng qamrovli tadqiqot epileptik va epileptik bo'lmagan kelib chiqishi bo'lgan barcha bemorlarga xos bo'lgan bir qator umumiy xususiyatlarni aniqlashga imkon berdi. Klinik va nevrologik tekshiruv 85,7% hollarda EP bilan og'rig'an bemorlarda, 69% NEP bilan og'rig'an bemorlarda va 68,4% hollarda subklinik paroksizmal sharoitlarda bemorlarda mikrosimptomlar mavjudligini aniqladi.

Xulosa. Epileptik paroksizmlarni aniqlash klinik ko'rinishda tipik stereotipli tutilishlar, EEGda epileptiform faollik, psixopatologik kasalliklar, asosan, ruhiy jarayonlarning torpidligi shaklida mavjudligiga asoslanadi; epileptik bo'lmagan paroksizmlar turli organlar va tizimlar bilan bog'liq polimorfik klinik hodisalarning rivojlanishi, EEGda paroksizmal faollik belgilarining qayd etilishi, miya tomirlarining ohangini oshirish shaklida miya gemodinamikasining o'zgarishi, kuchayishi bilan tavsiflanadi. hissiy barqarorlik; subklinik paroksizmal sharoitlarda klinik ko'rinishlar eng kam aniqlangan, tarqoq bo'lib, EEGda konvulsiv tayyorgarlik darajasining oshishi va tomirlarning kengayishi tufayli miya qon oqimining tezlashishi bilan tavsiflanadi.

**BOLALARDA BRONXOPULMONAR DISPLAZIYASINI SHAKLLANISHI,
KECHISHI VA NATIJALARI.**

Solieva M.O.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Surfactant etishmovchiligi fonida erta tug'ilgan chaqaloqning etuk bo'lmagan bronxopulmoner tuzilmalariga yuqori kislorod kontsentratsiyasi va barotravmaning toksik ta'siri natijasida pnevmofibroza bilan yakunlangan o'pka to'qimalarining hujayradan tashqari matritsasidagi tarkibiy o'zgarishlarni o'rganish alohida qiziqish uyg'otadi. O'pka to'qimalarining fibrozining shartlari, mexanizmlari va vaqtini, shuningdek, uning natijalarini batafsil o'rganish kerak. Bolalardagi patologiyaning turli shakllaridagi halokatli o'zgarishlar dinamikasi to'g'risidagi mavjud ma'lumotlar bizni neonatal davrda o'pkaning sun'iy shamollatilishiga duchor bo'lgan bolalarning nafas olish tizimining patofiziologiyasini o'rganish fibrozning klinik jihatdan muhim belgilarini aniqlashga imkon berishiga ishonitirmoqda. BPDni erta tashxislash usullarini ishlab chiqish va BPD ning oldini olish va ushbu bemorlarni davolashning yangi usullarini asoslash. 20-asrning oxirida ishlab chiqilgan BPD uchun rentgen nurlari mezonlari ham qo'shimcha tadqiqotlarni talab qiladi.

Zamonaviy adabiyotlar ma'lumotlarini tahlil qilish, bizning ishimizning maqsadini aniqlaydigan bolalarda bronxopulmoner displaziyaning tasnifi, diagnostik mezonlari va natijalarini baholash masalalari bo'yicha konsensusning yo'qligini aniqladi.

Tadqiqot maqsadi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda bronxopulmoner displaziyaning davolashning samaradorligini oshirish va kasallikning natijalarini yaxshilash uchun shakllanish shakllari va xususiyatlarini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqotga 2018-2020 yillarda ko'rsatilgan klinik bo'limlarda yotqizilgan 247 nafar bola kiritilgan. Ulardan 150 nafari bronxopulmoner displaziya (89 nafar o'g'il va 61 nafar qiz) bo'lib, ularning 142 nafari erta tug'ilgan, 8 nafari to'liq tug'ilgan chaqaloqlardir.

Tadqiqot natijalari. Olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, RT ni olmagan bolalarda MSCT ma'lumotlariga ko'ra aniq rentgenografik o'zgarishlar davri bolalarga nisbatan 1 yilgacha oshgan. Surfactant terapiyasidan so'ng, bunda hayotning ikkinchi yarmida MSCT ballari yig'indisida sezilarli ($p < 0,02$) pasayish kuzatildi. Shuni ta'kidlash kerakki, olingan ma'lumotlarni baholashda biz barcha yoshdagi kichik guruhlardagi eng doimiy rentgenologik belgilar o'pka to'qimalarining giperinflatsiya darajasi va pnevmofibrotik o'zgarishlarning tarqalishi ekanligidan kelib chiqdik. Ushbu patologik ko'rsatkichlarning nisbiy dinamikasi yuqoridagi yoshdagi kichik guruhlardagi bolalarda MSCT skorida aks ettirilgan. Tug'ilganda sirt faol moddalarni olmagan ($11,72 \pm 0,64$) BPD bemorlarida maksimal ball hayotning birinchi yilining oxiriga kelib kuzatilgan.

Asosiy guruhdagi matritsali metalloproteinazalar, ularning inhibitori va regulyatorlari tarkibini qiyosiy tahlil qilish uchun biz BPD rivojlangan 142 erta tug'ilgan chaqaloqni (89 o'g'il, 53 qiz) tekshirdik. Ulardan 3 kundan 107 kungacha mexanik ventilyatsiyada bo'lgan 25-37 haftalik homiladorlik yoshi va tug'ilish vazni 895 g dan 2640 g gacha bo'lgan 105 nafar bola tug'ilish paytida sirt faol moddalarni almashtirish terapiyasini olmagan. Postnatal davrda 3TS olgan BPD bo'lgan 37 bemor alohida guruhga ajratildi. Aksariyat hollarda ekzogen sirt faol moddasining 1-2 dozasi (kurosuf, sirt faol moddasi Bb) tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda endotrakeal usulda ishlatilgan. Bu guruhga homiladorlik yoshi 25 dan 36 haftagacha bo'lgan, tug'ilish vazni 692 g dan 2150 g gacha bo'lgan 25 o'g'il va 12 qiz bola kiritildi. Bu guruh bemorlarda mexanik ventilyatsiyaning o'rtacha davomiyligi $22,5 \pm 3,4$ kunni tashkil etdi. Taqqoslash guruhida 39 ta erta tug'ilgan chaqaloqlar (19 o'g'il va 20 qiz) homiladorlik yoshi va tug'ilish vazni bo'yicha asosiy guruh bolalari bilan taqqoslangan, ammo mexanik ventilyatsiyasi bo'lmagan yoki qisqa muddatli nafas olish yordamini olgan (kamroq) tekshirildi. 3 kun mexanik ventilyatsiya), tug'ilishda sirt faol moddalarni almashtirish

terapiyasini olmagan, kislorodga bog‘liqligi 28 kundan kam bo‘lgan, bronxopulmoner displazi rivojlanmagan. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun QQD bilan kasallangan bolalardan 142 ta qon zardobi namunalari (488 ta tadqiqot) va taqqoslash guruhidagi bolalardan 39 ta zardob namunalari (110 ta tadqiqot) tekshirildi.

Olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, 3TC ni olmagan BPD bo'lgan bolalarda taqqoslash guruhidagi bolalarga nisbatan interstitsial kollagenaza MMP-1 va jelatinaza MMP-2 kontsentratsiyasida sezilarli o'zgarishlar yo'q. Shu bilan birga, tug'ilish paytida sirt faol moddasi bilan himoyalangan BPD bo'lgan bolalarda yuqoridagi metalloproteinazalarning tarkibida sezilarli pasayish kuzatildi (MMP-1 uchun $p < 0,001$ va MMP-2 uchun $p < 0,01$), bu kamayganligini ko'rsatadi. o'pka parenximasidagi proteolitik jarayonlarning faolligi o'pka tuzilmalarining morfologik va funktsional etukligi fonida BPD bilan erta tug'ilgan chaqaloqlarda.

Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatadiki, bronxopulmoner displaziyaning oldini olish va davolash algoritmi erta tug'ilish xavfi bo'lgan ayollarda steroidlar va antioksidantlardan antenatal foydalanishni o'z ichiga olishi kerak; nafas olish qiyinlashuvi sindromi bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqning hayotining birinchi soatlarida sirt faol moddasi bilan almashtirish terapiyasi; nafas olish aralashmasida minimal ruxsat etilgan kislorod kontsentratsiyasi bilan yumshoq nafas olishni qo'llab-quvvatlash (SPPD) ni amalga oshirish; yallig'lanish faolligini kamaytirish va o'pka to'qimalarining hujayradan tashqari matritsasi degradatsiyasi darajasini pasaytirish uchun inhaler kortikosteroidlarni (nebulizer orqali pulmikort) erta va uzoq muddatli yuborish; shuningdek, BPD shakllangan bolada virusli infeksiyalarning oldini olish, bronxopulmoner jarayonning kuchayish chastotasini kamaytirish.

Xulosa. Vaqtinchalik o'pka gipertenziyasini erta aniqlash, buzilishlarni o'z vaqtida tuzatish va terapiyani optimallashtirish uchun BPD bilan og'rigan bolalarning ekokardiyografik monitoringini o'tkazish maqsadga muvofiqligi ko'rsatildi.

O'pka to'qimalarining fibrozi va BPD shakllanishining oldini olish uchun respirator distress sindromi bo'lgan barcha erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun postnatal davrda erta sirt faol moddalarni almashtirish terapiyasi (SRT) zarurligi isbotlangan.

O‘SMIRLARDA OVQAT OVQATLANISH BILAN BOG‘LIQ OSHQOZON-ICHAK KASALLIKLARINING FARMAKOEPIDEMIOLOGIYASI

Solieva M.O.

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. O'smirlik psixologik pozitsiyalar nuqtai nazaridan ham, ijtimoiy nuqtai nazardan ham tanqidiy yosh bo'lib, u noqulay omillar majmuasiga yuqori sezuvchanlikni belgilaydigan ma'lum, aniq anatomik va fiziologik xususiyatlarning mavjudligi bilan izohlanadi.

Sog'liqni saqlashni rivojlantirishning hozirgi bosqichi davolash jarayonining sifatini oshirishni o'z ichiga oladi, bu nozologiyaning farmakoepidemiologiyasini o'rganish zarurligini oldindan belgilab beradi. Biroq, farmakoterapiya tibbiy yordamning asosiy bo'g'ini bo'lib, faqat dori-darmonlarni to'g'ri tanlash va mutaxassis tomonidan individual taktikalar va terapiya strategiyalarini, dalillarga asoslangan tibbiyot standartlariga muvofiq tanlash bilan bog'liq.

Bolalarda ovqat hazm qilish traktining patologiyasi sohasidagi ko'plab tadqiqotlarga qaramay, tarqalishi, uning shakllanishiga ta'sir qiluvchi xavf omillari, davolash va profilaktika choralarni optimallashtirish va ovqatlanish xatti-harakatlarining ta'siri nuqtai nazaridan davolash rejimlarini ishlab chiqish. va farmakoepidemiologik ma'lumotlardan foydalanish dolzarb bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Ovqatlanish xulq-atvorini va oshqozon-ichak trakti kasalliklarining farmakoepidemiologiyasini chuqur o'rganish asosida ovqat hazm qilish tizimi patologiyasi bo'lgan o'smirlarni davolash va profilaktika choralari optimallashtirish bo'yicha chora-tadbirlar ishlab chiqish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot davomida ovqat hazm qilish traktining buzilishining individual belgilari paydo bo'lish chastotasi tahlil qilindi; alomatlar namoyon bo'lishining respondentning yoshi va jinsiga bog'liqligi tavsifi; simptomlarning namoyon bo'lishi bilan rejim va parhez o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlash va tahlil qilish; alomatlar paydo bo'lishining xulq-atvoriga bog'liqligini tahlil qilish (sport o'ynash, ovqatdan keyin xatti-harakatlar, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va chekish).

Jismoniy rivojlanishni tavsiflash uchun vazn-bo'y nisbatining mutanosibligini aks ettiruvchi tana massasi indeksi (BMI) qo'llanildi, bu hozirda xalqaro amaliyot tomonidan ortiqcha vazn yoki kam vazndan aziyat chekadigan odamlarni aniqlashning eng adekvat usuli sifatida tan olingan.

Tadqiqot natijalari. So'rov natijalarini tahlil qilish sog'likka nisbatan nafratlangan munosabatni ko'rsatadigan ba'zi xatti-harakatlar namunalarini aniqladi. Kech ovqatlanish gazaklardan foydalanish bilan bevosita zaif munosabatlar bilan bog'liq ($p < 0,05$ da $r = 0,28$) va dietani e'tiborsiz qoldirish ($p < 0,05$ da $r = 0,26$); tez ovqatlanish ($p < 0,05$ da $r = 0,28$) va soslarga ($r = 0,19$ da $p < 0,05$) qaramlik. Ovqatdan so'ng yotish odati ($p < 0,05$ da $r = 0,28$) va kechki asosiy ovqat ($r = 0,19$ $p < 0,05$) bilan zaif to'g'ridan-to'g'ri aloqalar aniqlandi. O'smirlar ovqatlanish oralig'ida gazak iste'mol qilish odati (6,83%), tez ovqatlanish (75%) va ziravorlar (100%), kechki ovqat (bu ayniqsa muhim - uning asosiy hajmi) - 19,7% va ovqatdan keyin yotish odatlari (25%).

Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish o'smirlar orasida keng tarqalgan, faqat imtiyozlardagi ba'zi farqlar aniqlangan: yigitlar pivo (47,5%) va kuchli alkogolli ichimliklar (15,6%), qizlar - alkogolli kokteyllar (33,4%). O'g'il bolalarning 14,3 foizi va qizlarning 37,8 foizi spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaydi. Tadqiqotga ko'ra, o'g'il bolalarda ham, qizlarda ham pivo iste'moli yoshga qarab ortadi ($p < 0,05$ da mos ravishda $r = 0,14$ va $r = 0,13$).

Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish o'smirlarning o'ziga qaramlik xatti-harakatlarining bir qismidir; tadqiqotda bu fakt chekish bilan to'g'ridan-to'g'ri o'rtacha munosabatlar mavjudligi bilan tasdiqlangan ($p < 0,05$ da $r = 0,44$). Respondentlar orasida har kuni yigitlarning 24,1 foizi, qizlarning 13,8 foizi har kuni chekadi ($p < 0,05$). Tadqiqotga ko'ra, o'smirlarda chekish qorin og'rig'i ($r = 0,22$ da $p < 0,05$), qorin og'rig'ining qo'zg'atuvchi omili sifatida ochlik ($r = 0,28$ da $p < 0,05$), kamdan-kam ovqatlanish (r) bilan bevosita bog'liq. $r = 0,19$ da $p < 0,05$), oziq-ovqatda tez-tez uzoq muddatli tanaffuslar ($r = 0,18$ da $p < 0,05$), yurak urishi ($r = 0,16$ da $p < 0,05$), antasidlarni qo'llash ($r = 0,22$ da $p < 0,05$). Tadqiqot natijalariga ko'ra, o'g'il bolalarning 70,5 foizi va qizlarning 81,2 foizi chekmaydi.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, o'smirlar orasida oshqozon-ichak traktining buzilishi belgilari paydo bo'lganda, dori-darmonlarni o'z-o'zini boshqarish keng tarqalgan. O'g'il bolalarning atigi 28 foizi va qizlarning 10 foizi ovqat hazm qilish traktining disfunktsiyasi bilan bog'liq og'riq va turli noqulayliklarni bartaraf etish uchun giyohvand moddalarni iste'mol qilmagan.

Xulosa. Olingan tadqiqot materiallari ovqatlanish xulq-atvorini baholash uchun tasniflagichni ishlab chiqish va ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bo'lgan o'smirlarga tibbiy-profilaktika yordamini tashkil etish algoritmini shakllantirish imkonini berdi.

Pediatrlar, klinik farmakologlar va ta'lim muassasasida tibbiy yordam ko'rsatuvchi shifokorlar uchun "Bolalar salomatligi va turmush tarzini mustahkamlash bo'yicha kechiktirib bo'lmaydigan chora-tadbirlar" ko'rsatmalari shaklida belgilangan hamda o'smirlarning diagnostikasi, davolash va reabilitatsiyasini optimallashtirishga qaratilgan takliflar ishlab chiqildi.

GIPERBILIRUBINEMIYA BELGILARI KUZATILGAN CHAQALOQLAR
PARVARISHINING ADEKVAT TAKTIKASI

Sultanova F.X.
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarblik. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning giperbilirubinemiyasi yadro sariqligi (giperbilirubin ensefalopatiyasi) rivojlanishi bilan xavflidir, chunki konjuge bo‘lmagan bilirubin qon-miya to‘sig‘idan erkin o‘tib, asab hujayralarining yo‘q qilinishiga olib keladi, bu esa yangi tug‘ilgan bolada nevrologik kasalliklarni rivojlanishiga olib keladi va bolalik davrida qaytarilmas asoratlarni keltirib chiqaradi. Shuning uchun neonatal giperbilirubinemiyaning o‘z vaqtida aniqlash va davolash juda muhimdir va puxta nazorat va tegishli tayyorgarlikni talab qiladi.

Tadqiqot maqsadi. Andijon viloyati akusherlik muassasalarida neonatal sariqlik diagnostikasining asoslilikini hamda dori terapiyasi, jumladan, invaziv usullarni qo‘llash zarurligini o‘rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz bolalar rivojlanishining 66 ta hikoyasini tahlil qildik. Asosiy guruhga bilirubin miqdori 250 mkmol/l dan yuqori bo‘lgan 44 ta yangi tug‘ilgan chaqaloqlar, nazorat guruhiga - bilirubin 250 dan kam bo‘lgan 22 ta yangi tug‘ilgan chaqaloqlar kirdi.

Tadqiqot natijalari. Biz 2014 yildan 2020 yilgacha bo‘lgan davrda yirik sanoat markazida tug‘ilgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda sariqlikning tarqalishini tahlil qildik. Bizning ma‘lumotlarga ko‘ra, neonatal giperbilirubinemiya tarqalishi 2014 yildan 2019 yilgacha bir yoshgacha bo‘lgan 1000 bolaga 24 dan 30 gacha bo‘lgan va keyinchalik umumiy o‘shish dinamikasi fonida 2020 yilda bir yoshgacha bo‘lgan 1000 bolaga 37,4 gacha ko‘tarilish tendentsiyasiga ega. so‘nggi 7 yil ichida ushbu ko‘rsatkich.

Tadqiqot uch bosqichdan iborat bo‘ldi: birinchi bosqichda qo‘shish/istisno qilish mezonlari asosida bemorlar guruhi tuzildi, klinik, klinik va biokimyoviy tekshiruv o‘tkazildi, qorin bo‘shlig‘i organlari va miyaning ultratovush tekshiruvi o‘tkazildi va zarur terapiya buyurildi. Ikkinchi bosqichda cho‘zilgan konjugativ giperbilirubinemiya uchun xavf omillari tahlili o‘tkazildi, dinamik kuzatishda klinik va biokimyoviy ko‘rsatkichlar kuzatildi va terapiya samaradorligi aniqlandi.

Uchinchi bosqichda, bemorlar klinik va laboratoriya remissiyasiga erishganlarida, uzoq muddatli ta‘sirni aniqlash uchun yil davomida 3, 6, 9, 12 oylik epikriz davrida ularning nevropsik va jismoniy rivojlanishini keyingi monitoring qilish amalga oshirildi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda va yosh bolalarda uzoq muddatli konjugativ giperbilirubinemiyaning tarqalishi va xavf omillarini tahlil qilish.

Bizning ma‘lumotlarimizga ko‘ra, giperbilirubinemiya bilan kechadigan buzilishlar tarkibida konjugativ sariqlik bilan og‘rigan bolalar ustunlik qilgan (52,7%), bu 20% hollarda uzoq kursni o‘tkazgan.

Shunday qilib, ferment faolligining 1,5-2 barobar ortishi bilan sitolitik sindrom 15% bolalarda topilgan, bu hepatoditlarning membranalarining gipoksik shikastlanishining natijasi bo‘lishi mumkin. AsAt darajasining biroz oshishi, bu ko‘rsatkich nafaqat jigarda, balki yurak mushaklari, skelet mushaklari, buyraklar, miya, oshqozon osti bezi, o‘pka, leykotsitlar, eritrotsitlarda ham mavjudligi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. a‘zolar va tizimlarga umumiy gipoksiya ta‘sirini aks ettirish.butun bola tanasi.

Ishqoriy fosfataza darajasining oshishi 100% hollarda qayd etilgan. Shunday qilib, hayotning 3-4-kunida ishqoriy fosfataza darajasi 773 ni tashkil etdi [641; 987] U/L keyin 750 [631; 1001] Hayot oyiga U / l va 1,5-2 oyga asta-sekin pasayish.

GGT indikatorining dinamikasi hayotning dastlabki 4 haftasida bolalarda xolestaz sindromi mavjudligini aks ettiradi - 94,4 [71,5; 112.6] U/l, keyin esa indeksning asta-sekin pasayishi.

Bilirubin koeffitsienti (BC) darajasining dinamikasini o'rganish bu ko'rsatkichning dinamikada sezilarli darajada o'sishini aniqladi. Shunday qilib, 3-4 kunlik yoshida miloddan avvalgi 14,7 [12; 18,9], hayot oyining oxiriga kelib, miloddan avvalgi 21,4 [16,8; 26,4], 1,5-2 oygacha esa 26,4 [19,7; 34.6].

Qon glyukoza, qon kreatinin, umumiy oqsil, xolesterin dinamikasini o'rganish anormalliklarni aniqlamadi.

Shunday qilib, biokimyoviy ko'rsatkichlarga ko'ra, asosiy guruh bemorlarida erta neonatal davrda gepatotsitlar membranalarning aniq sitolizi bilan og'ir gipoksik jigar shikastlanishi yo'q edi.

Shunday qilib, qorin bo'shlig'i organlarining biokimyoviy va ultratovush tekshiruviga ko'ra, tekshirilgan bemorlarning aksariyatida xolestaz belgilari tashxisi qo'yilgan, bu ehtimol uzaygan konjugativ giperbilirubinemiyaning shakllanishiga yordam beradi va ushbu bemorlarni davolash taktikasini belgilaydi.

Xulosa. Uzoq muddatli giperbilirubinemiyaning shakllantirish uchun yuqori xavf omillari aniqlangan, ular orasida perinatal gipoksiya / asfiksiya omillari (abort tahdidi, OPG-preeklampsi, homiladorlik paytida onaning kamqonligi, surunkali xomilalik gipoksiya, tug'ilish paytida asfiksiya, reanimatsiya vositalaridan foydalanish) va keyingi reabilitatsiya choralari), jigar va miyaning gipoksik lezyonlarining shakllanishiga olib keladi.

Kursning to'liq yoki chidamli variantlari bilan o'rtacha va og'ir darajadagi uzoq muddatli giperbilirubinemiya bilan o'tkir CMV infeksiyasining yuqori chastotasi aniqlandi (25% hollarda). Shu bilan birga, infeksiyaning faol davri uzoq muddatli giperbilirubinemiya shaklida engil manifest shaklda namoyon bo'ldi.

BOLALARDAGI AFFEKTIV BUZILISHLARNING KECHISHI VA UNI DAVOLASH

Sultonova F. X.

Andijon davlat tibbiyot institutlari

Dolzarblik. Bolalarda ruxii sferani buzilish kasalliklaridan, yani affektiv buzilishlar eng kuchu tarkalgan kasalliklar sirasiga kirib, oiladagilar, jamiyatdagilar nosoglom muxit, bulgan bolalarga notugri tarbia affektiv buzilishlarni keltirib chikishiga sabab bulmokda.

Tekshiruv maksadi. Ruxiy sferasida ta'sir etuvchi buzilishlari aniklangan bemor bolalarning haet va kasallik anamnezini urganib, asosiy omillarni kasallik klinikasiga boglab urganish va davolash.

Tekshiruv usullari. Shifohonaga murozhat kilgan bemor bolalar anamnezini va kasallikka ulib kelgan omillarni urganilgan natija kuyidagi manzarani berdi: aniklangan 3 eshdan 14 esgacha bulgan bolalardan 75 e bemor bolada psixopatolog tekshir ulib borildi.Ularning 41 (55.0%) e kizlar, 34 (45.0%) tasi ugil bolalar ekanliklari aniklandi. Klinika psixopatologi tekshiruv natijalari shuni xal kildiki, Ulardan kujidagi buzilishlar aniklandi.

Subdepressiv affektiv buzilishlar asosan kaifiyatning tushishi bilan kuzatilib ogrigan bemorlar sony 10 (13.6%) aniklandi. Affektiv-fobiya buzilishlarning asosi alomatlar bulib, kurkuv, vohima xolatini yuzga kelishidir.

Bularlar bilan ogrigan bemorlar sony 12 (16.0%) aniklandi. Gipertimik buzilishlar asosi omili bulib shikastlanishdan keyingi xolatlar hisoblanadi. Bulardan 16 (21.3%) ta bemor bolalar aniklandi. Gipotimik buzilishlar aniklangan bemor bolalar sony 11 (14.6%) go.

Psixotik bizilishlar asosan ruxiy zharohat natizhisida rivozhlanib, aniklangan bemor balalar sonny 5 (6.6%) boradi. Affektiv xalol buzilishlar bilan 8 (10.6%)e bemor bola aniklandi. Ta'sirli vasvasali buzilishlar bilan 13 (17.3%) bemor e

Hulosa. Urganib chikilgan maylumotlarga kura, oiladagilar nosoglom muxit ugil bolalarga Karaganda kiz bolalarga kuprok nozxuya tasir korsatadi va noxush xolatlarni oldilaridan iborat.

**PERSONALIZED APPROACH IN THE DETECTION OF ARTERIAL
HYPERTENSION IN ADOLESCENT CHILDREN**

*Tillabayeva A.A, Iskandarova Sh.T.
Tashkent Pediatric Medical Institute*

The aim of the study is to assess the incidence and risk factors for the formation of arterial hypertension (AH), to develop a personalized approach for the early detection and prevention of hypertension in adolescent children.

Materials and methods. Among 62 patients with hypertension, a comprehensive assessment of health and risk factors was carried out, an assessment of the quality of early detection of hypertension in adolescents in a children's polyclinic, a personalized approach for early detection and prevention of hypertension in children was developed by modeling.

Results and discussion. In Tashkent, the increase in the AH indicator for 5 years was more than 100%, the average annual increase was 27.6%. It was revealed that hypertension is predominant (69.2%), the largest proportion falls on the age group of 15-17 years (67.3%) and young men of this age group (87.3%). Anamnestic study showed the presence of a family predisposition to hypertension. Heredity was burdened in 28.6% (on the lines of both parents - in 42.3%, on the mother's line - in 37.5%, on the father's line - in 8.9% of cases). Adolescents had the following features of growth and development: height 169.5 ± 2.4 cm, weight - 78.9 ± 2.8 g. 61.3% were overweight, the average BMI was 27.2 ± 0.8 . Based on the data obtained, we developed a personalized approach for early detection of hypertension in children, which presents the stages starting from medical examination in secondary school and ending with the organization of the very school of health in AH. This health school was created for children with hypertension and their parents, for whom classes were conducted with an analysis of the main topics on the prevention of hypertension, which allowed to increase the educational level of patients, contributing to their conscious participation in therapeutic and preventive measures.

Conclusions. The development of a personalized approach showed that the greatest proportion of hypertension falls on the age group of 15-17 years (76.3%), the predominant risk factor is the presence of overweight (59.7%). There was also a lack of awareness among adolescents about hypertension (31.1%), its possible complications (12.5%) and prevention (13.5%). The creation of a health school for adolescents has helped to increase the level of knowledge about health in general and the prevention of risk factors for hypertension.

**IMPROVEMENT OF THE DIAGNOSTICS OF BRONCHOBSTRUCTIVE
SYNDROME IN CHILDREN**

Turakulova H.E.

*Competitor, Assistant of the Department of Pediatrics, ASMI
Scientific adviser - Senior researcher Department of Pulmonology RSNPMC
Pediatrics of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, MD, N.D. Azizova*

Relevance: The leading place among the diseases of young children is occupied by the pathology of the respiratory tract. The growth trend of acute respiratory diseases in children and their role in the development of bronchial obstruction, the high risk of recurrence of obstructive bronchitis and the possibility of bronchial asthma, a variety of immune disorders in this pathology determine the relevance of studying the factors and mechanisms of obstructive bronchitis formation in children with respiratory tract infections.

Purpose of the study: To determine the dynamics of immunological parameters in the use of immunomodulatory drugs in children with broncho-obstructive syndrome.

Research methods: Functional studies: - X-ray of the chest; ECG; CIG; ultrasound. General clinical (anamnesis, examination; complete blood count, urine, feces; microbiological studies; consultation of specialists: allergist, neuropathologist, cardiologist, gastroenterologist) Immunological studies: concentration of cytokines - IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, TNF- α and IFN γ were determined by enzyme immunoassay using Vector-Best test systems (Russia), (Institute of Immunology, Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan). 120 children aged from 1 to 14 years old were examined. Control group -40 practically healthy children, 35 patients with OOB, 45 patients with RB with OB, Analyzing the background conditions, we found (Fig. 1) that in two observation groups, most often in children with CAP of prolonged severity, 85.0% of children had anemia of I - II degree, allergic diathesis in 34.0%, residual effects of rickets in 16.0 % and protein-energy deficiency in 11.0% of patients. The main manifestation of RB was cough (Fig. 2.), mostly wet in 90.8% of patients. Cyanosis was observed in 73.8% of patients. Shortness of breath was in 93.8% of patients. Wet rales were heard in 100.0%, dry rales in 64.0% of patients.

CONCLUSIONS: 1 Predisposition and risk factors for the formation of bronchial obstruction are: complicated pregnancy (75.4%) and anemia in the mother (85.4%), diet during pregnancy and lactation (consumption of obligate allergens), asphyxia at birth (51.8%), nutritional characteristics of the child (artificial nutrition under the age of 1 year - 48.2%), underlying diseases (anemia, rickets, malnutrition, thymomegaly), allergic predisposition of the body (43.6%), frequent ARI (92%), pathology of ENT organs (24%). 2. In children, RB with BO is formed under conditions of: deficiency and imbalance of the cellular link of immunity; activation of the humoral link; decrease in phagocytic activity of neutrophils; with an imbalance of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines

HOMILADOR AYOLLARDA QOG'ONOQ SUVI BILAN ERTA TUG'ILISHDA PROSTAGLANDINLARDAN FOYDALANISH SAMARADORLIGINI O'RGANISH

*Turgunova Sh.F., Yusupova U.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Kirish. Tirik tug'ilishning yangi mezonlariga o'tish erta tug'ilish (PR) uchun perinatal xavf strategiyasini aniqlashni talab qiladi . Amniotik membranalarining yorilishi bilan boshlangan spontan PR zamonaviy akusherlikning eng muhim muammolaridan biri bo'lib, perinatal va chaqaloq kasalliklari, nogironlik va o'limning yuqori darajasi bilan bog'liq. Prematüre (22,0-27,6 hafta) va erta (28,0-33,6 hafta) erta tug'ilgan perinatal xavf strategiyasi, birinchi navbatda, homiladorlik qaysi erta erta homiladorlik 90-92% etadi amalga oshirish chastotasi amniotik membranalar (PDP), erta yorilishi bilan murakkab bo'lishi mumkin ayollar uchun xavf guruhlari, ozod beradi.

Tadqiqotning maqsadi. Perinatal xavf strategiyasini asoslash uchun PRPO, intrauterin infektsiya va erta tug'ilish vaqtida kutish taktikasining xavfsiz davrini prognoz qilish usulini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2020-2022-yillarda 2-son akusherlik va ginekologiya kafedrasining klinik bazalarida belgilangan maqsad va vazifalarga erishish uchun DPO kursi bilan Andijon viloyatining 75 nafar ayollari tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Amniotik membranalarining yorilishi bilan boshlangan PRni saqlab qolganda, 7,2 kunlik homiladorlikning to'liqligi neonatal o'lim xavfini 2,4 marta kamaytirishga yordam beradi(or 0,42; 95% CI: 0,18-0,99), erta neonatal 2,9 marta (or 0,34; 95% CI: 0,13-0,86), 3,3 da RDS tufayli o'lim (or 0,3; 95% CI: 0,1-0,86), shuningdek, yangi tug'ilgan RDS og'ir kasallanish (59,7%, p=0,023) va 2,9 marta (or 0,34; 95% CI: 0,14-0,83) IVF II-III darajali xavfini kamaytiradi. PDP tomonidan murakkab erta PR, da, 5,0 kun davomida homiladorlik uzaytirish tufayli PzH (p=0,018) uchun o'lim chastotasini kamaytiradi va RDS (12,9%, p=0,035) holda bolalar ulushini oshiradi.

7,2 kun davomida homiladorlikni uzaytirish prvrannyh ayollarda yuqori chastotali chorioamnionit (35,3%, $p=0,031$) bilan bog'liq. uzoq muddatli sharoitlar bo'lmasa, dastlabki 2,0 soatda spontan tug'ilish boshlanadi va 6,0 soat - erta PR da, tez va tez oqim bilan murakkablashadi (24,2%, $p = 24,2\%$).0,048 va 28,4%, $p=0,038$).

7,6 marta (or 7,6; 95% CI: 2,2 – 25,3), ona nikotinozavisimost-yilda 5,8 marta (or 5,82; 95% CI: 2,4– 14,1), to'liq bo'lmagan: erta tug'ilish tarixi, xavfini oshiradi: xavf-davr prpo xavfini oshiradi omillar sifatida hisobga olinishi kerak o'rta ta'lim-5,6 marta (or 5,6; 95% CI: 1,9-16,3); joriy homiladorlikning asoratlari: ICN-10 marta (or 10,1; 95% CI:4,2-24,3), homiladorlikning takrorlanuvchi xavfi – 7,9 marta (or 7,9; 95% CI: 3,6-17,1) o'tkir bakterial infeksiya-7,1 marta (or 7,1; 95% CI: 1,1-59,9), ko'p urug'lik-5,9 marta (or 5,9; 95% CI: 1,3-26).

VUINING xavf guruhini shakllantirishda intramnotik infeksiya ehtimolini oshiradigan quyidagi omillar qo'llanilishi kerak – homiladorlik pyelonefrit-7 marta (or 7,01; 95% CI: 2,48-19,81), homiladorlik davrida KBB organlarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari – 6 marta (or 6,13; 95% CI: 2,14-17,5), homiladorlikni tugatish uchun takroriy tahdid-5,6 marta (or 5,6, 95% CI: 2,4-12,7), homiladorlik davri $\leq 27,5$ hafta PRPO (Se 89,2%, Sp 77,2%, AUC 0,84) vaqtida; ultrasonik markerlar: xomilalik o'sishning kechikishi – 17 marta (or 17,4; 95% CI: 1,77-171,3), platsenta, amniotik suyuqlik va xomilalik infeksiyon belgilarining bir vaqtning o'zida kombinatsiyasi – 7 marta (or 7,19; 95% CI: 1,85-28,05); laboratoriya mezonlari sifatida – hs-CRP $\geq 6,33$ mg/l (Se 80,0%, Sp 66,7) o'tish: saytda harakatlanish, qidiruv

Pregravidar va antenatal bosqichlarda terapevtik va profilaktik chora-tadbirlar hajmini aniqlash imkonini beruvchi PRPO va VUI xomilaning prognoz o'lchovlari, shuningdek, optimal vaqtni tanlash uchun kutish taktikasining xavfsiz davrini prognozlash modelini aniqlash uchun matematik modellashtirish asosida super-qo'riqlash va erta PR uchun perinatal xavf strategiyasini asoslash uchun harakat va neyroprotektiv terapiya.

Xulosa. Tadqiqotlar erta va erta tug'ilishning xavf omillarini yanada o'rganish, asoratlarni ob'ektiv prognoz qilish imkoniyatini oshirish va homiladorlikning uzaytirilishi va xomilalik infeksiya tufayli perinatal patologiyani kamaytiradigan texnologiyalarni ilmiy asoslashdan iborat.

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PROSTAGLANDINS IN PRETERM LABOR WITH PAPILLARY WATERS IN PREGNANT WOMEN

*Turgunova Sh.F., Yusupova U.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. Premature discharge of amniotic fluid (amniotic fluid) during full-term pregnancy is a common obstetric complication. Childbirth against the background of PI is accompanied by an increase in the frequency of surgical delivery, as well as various obstetric complications.

However, with all the variety of tactics, techniques, and clinical recommendations devoted to the actions of a doctor in the management of patients with PIOV, the question of their choice depends on many factors. For more than 20 years of studying the problem of PIOV, a technique for preparing the cervix has not been developed that gives 100% results.

With all the variety of methods to choose from, none of them is without drawbacks (contraindications to use, cost-effectiveness, patient compliance, etc.). In this regard, the optimal choice of tactics for conducting childbirth during childbirth is the key to preserving the health of the future generation.

The purpose of the study. To develop a method for predicting prenatal pregnancy, intrauterine infection and a safe period of wait-and-see tactics in early and early preterm labor to justify the strategy of perinatal risk.

Materials and methods of research. To achieve this goal and solve the tasks in the period 2020-2021, 75 women of the Andijan region were examined at the clinical bases of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 2 with the course of DPO.

The results of the study. In case of early pregnancy initiated by rupture of the amniotic membranes, prolongation of pregnancy for 7.2 days reduces the risk of neonatal mortality by 2.4 times (OR 0.42; 95% CI: 0.18-0.99), early neonatal by 2.9 times (OR 0.34; 95% CI: 0.13-0.86), deaths due to RDS by 3.3 twice (OR 0.3; 95% CI: 0.1-0.86), also reduces the incidence of severe RDS in newborns (59.7%, $p=0.023$) and the risk of grade II-III IVF by 2.9 times (OR 0.34; 95% CI: 0.14-0.83). In early PR complicated by PRPO, prolongation of pregnancy for 5.0 days reduces the frequency of deaths due to VVC ($p=0.018$) and increases the proportion of children without RDS (12.9%, $p=0.035$).

Prolongation of pregnancy for 7.2 days is associated with a higher frequency of chorioamnionitis (35.3%, $p=0.031$) in women with the same PR. In the absence of prolongation conditions, spontaneous labor that began in the first 2.0 hours in the late and 6.0 hours in the early PR is complicated by their rapid and rapid course (24.2%, $p = 0.048$ and 28.4%, $p = 0.038$).

As factors that increase the risk of PRPO in the term of early and early PR, it should be taken into account: preterm birth in the anamnesis, increasing the risk – by 7.6 times (OR 7.6; 95% CI: 2.2-25.3), nicotine dependence of the mother – by 5.8 times (OR 5.82; 95% CI: 2.4-14.1), incomplete secondary education – 5.6 times (OR 5.6; 95% CI: 1.9-16.3); complications of current pregnancy: ICN – 10 times (OR 10.1; 95% CI: 4.2-24.3), recurrent threat of termination of pregnancy – 7.9 times (OR 7.9; 95% CI: 3.6-17.1), acute bacterial infections – 7.1 times (OR 7.1; 95% CI: 1.1-59.9), multiple pregnancy – 5.9 times (OR 5.9; 95% CI: 1.3-26).

When forming a risk group for IUI, it is necessary to use the following factors that increase the chances of intraamniotic infection: gestational pyelonephritis – 7 times (OR 7.01; 95% CI: 2.48-19.81), acute inflammatory diseases of ENT organs suffered during pregnancy – 6 times (OR 6.13; 95% CI: 2.14-17.5), recurrent threat of termination of pregnancy – 5.6 times (OR 5.6; 95% CI: 2.4-12.7), gestation period ≤ 27.5 weeks at the time of PRPO (Se 89.2%, Sp 77.2%, AUC 0.84); ultrasound markers: fetal growth retardation – 17 times (OR 17.4; 95% CI: 1.77-171.3), simultaneous combination of signs of infection of the placenta, amniotic fluid and fetus – 7 times (OR 7.19; 95% CI: 1.85-28.05); as a laboratory criterion – the concentration in the blood of women hs-CRP ≥ 6.33 mg/l (Se 80.0%, Sp 66.7%, AUC 0.75).

To substantiate the strategy of perinatal risk in late and early PR, on the basis of mathematical modeling, the scales of prognosis of PRPO and fetal IUI have been developed, which allow determining the volume of therapeutic and preventive measures at the pre-gravidar and antenatal stages, as well as a model for predicting a safe period of wait-and-see tactics for choosing the optimal time for ACT and neuroprotective therapy.

Conclusion. The research consists in further study of risk factors for early and early preterm labor, increasing the possibility of an objective prognosis of complications and scientific justification of technologies that increase the prolongation of pregnancy and reduce perinatal pathology caused by immaturity and infection of the fetus.

OIV-INFESIYASIDAGI IMMUNTANQISLIK DARAJASIGA BOG‘LIQ
RAVISHDA O‘TKIR YUQUMLI DIAREYALI BOLALARDA ICHAK
MIKROBIOSENOZI

*Tuychiyev L.N., Muminova M.T.
Toshkent tibbiyot akademiyasi*

Muammoning dolzarbligi. Hozirgi kunda dunyoda muhim tibbiy-ijtimoiy muammolardan bo‘lib OIV-infeksiyasi hisoblanadi. Opportunistik infeksiyalarning faollashuvi – OIV bilan zararlanganlar o‘limining eng ko‘p uchraydigan sabablaridan biridir.

Tadqiqot maqsadi: O‘tkir yuqumli diareyalar bilan kasallangan bolalarda OIV-infeksiyasidagi immuntanqislik darajasiga bog‘liq ravishda ichak mikroflorasining holatini o‘rganish.

Tadqiqot materiali va uslublari. Tadqiqot davomida 18 yoshgacha bo‘lgan 499 nafar bolalar 2 ta guruhga taqsimlanib o‘rganildi: asosiy guruhni – o‘tkir yuqumli diareya kuzatilgan 261 nafar OIV bilan zararlanganlar, nazorat guruhini – 238 nafar diareya kuzatilmagan OIV bilan zararlanganlar tashkil etdi. Bunga ko‘ra immuntanqislikning 4 ta: past; o‘rtacha; yuqori; og‘ir darajasi farqlandi.

Tadqiqot natijalari. Ichak mikrobiosenozidagi buzilishlar immuntanqislikning darajasiga bog‘liq bo‘lmagan holda asosiy guruhdagi bolalarning barchasida, nazorat guruhida esa past darajasida – 88,5%ida, o‘rtacha – 95,7%ida, yuqori – 97,9%ida va og‘ir darajasida barchasida aniqlandi. OIV bilan zararlangan o‘tkir yuqumli diareyali bolalardagi ichak mikrobiosenozining obligat mikroflorasidagi o‘zgarishlarning tahlili shuni ko‘rsatdiki, immuntanqislik rivojlanishi bilan qiyosiy guruhlarda *Bacteroides spp.*, $<10^{10}$ KHKB /g, *Bifidobacterium spp.* $<10^9$ KHKB/g, *E. coli lac+* $<10^7$ KHKB /g va *Bacillus spp.* $>10^4$ KHKB /g bo‘lishi ortib bordi, biroq ko‘rsatkichlar o‘rtasida ishonarli farqlar aniqlanmadi ($R>0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan past va o‘rtacha darajadagi immuntanqislikda *Lactobacillus spp.* $<10^7$ KHKB/g bo‘lishi 2,0 barobar, yuqori darajasida 1,5 barobar ko‘p hollarda qayd etildi ($R<0,05$), og‘ir darajasida ko‘rsatkichlar o‘rtasida ishonarli farqlar aniqlanmadi. Past va o‘rtacha darajadagi immuntanqislikda *Peptostreptococcus spp.* $>10^4$ KHKB /g va *Peptococcus spp.* $>10^4$ KHKB/g bo‘lishi asosiy guruhdagilarda nazorat guruhidagilarga nisbatan deyarli 1,6 barobar ko‘p hollarda aniqlansada ($R<0,05$), yuqori va og‘ir darajalardagi immuntanqislikda farqlar ishonarli bo‘lmadi. Past, o‘rtacha va yuqori darajalardagi immuntanqislikda *Eubacterium spp.* $>10^{10}$ KHKB/g bo‘lishi o‘rtasida ishonarli farq 3,4 barobarni, hamda og‘ir darajadagi immuntanqislikda esa 2,4 barobarni tashkil etdi ($R<0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhidagilarga nisbatan immuntanqislik darajasiga bog‘liq ravishda shartli patogen mikroflorasi, ayniqsa *Proteobacteria* tipiga mansub *Enterobacter spp.* $>10^3$ KHKB/g, shuningdek *E. coli lac-* $>10^4$ KHKB/g uchrash ko‘p hollarda aniqlangan bo‘lsada, ko‘rsatkichlari barcha guruhlarida bir-biriga yaqin ko‘rsatkichlarga ega bo‘ldi, shu sababli qiyosiy guruhlar o‘rtasida ishonarli farq kuzatilmadi ($P>0,05$). *E. coli hly+* asosiy guruhda nazorat guruhiga nisbatan deyarli 2,5 barobar ko‘p hollarda aniqlangan bo‘lsada, immuntanqislikning past darajasida qiyosiy guruhlar o‘rtasidagi ishonarli farq 2,5 barobarni, o‘rtacha darajasida – 2,2 barobarni, yuqori darajasida – 1,9 barobarni va og‘ir darajasida – 1,7 barobarni tashkil etdi (28,6%; 59,8%; 80,2%; 97,3% va 11,5%; 24,7%; 39,6%; 57,6% mos ravishda, $R<0,05$). *Klebsiella spp.* $>10^3$ KHKB /g asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhiga 2,3 barobar ko‘p hollarda qayd etildi. Asosiy guruhdagilarda past darajadagi immuntanqislikda *Klebsiella spp.* $>10^3$ KHKB /g bo‘lishi nazorat guruhidagilarga nisbatan ishonarli 2,2 barobar, o‘rta va yuqori darajalardagi immuntanqislikda 1,9 barobarni, hamda og‘ir darajadagi immuntanqislikda 1,6 barobar ko‘p hollarda qayd etildi ($R<0,05$). Asosiy guruhdagilarda *Citrobacter* $>10^3$ KHKB/g bo‘lishi nazorat guruhidagilarga nisbatan deyarli 2,5 barobar ko‘p hollarda aniqlandi, immuntanqislikning darajasiga bog‘liq ravishda qiyosiy guruhlarda *Citrobacter* $>10^3$ KHKB

/g bo'lishi o'rtasida ishonarli farq past darajasida – 2,8 barobar, o'rtacha darajasida – 2,1 barobarni, yuqori darajasida – 1,9 barobarni, hamda og'ir darajasida 1,8 barobarni tashkil etdi ($R < 0,05$).

Immuntanqislik darajasiga bog'liq ravishda tekshiruvdagi qiyosiy guruhlardagi bemorlarda *Staphylococcus spp.* $< 10^4$ KHKB /g va *Enterococcus spp.* $< 10^7$ KHKB /g uchrashi bo'yicha ishonarli farqlar aniqlanmadi ($P > 0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda *Staphylococcus aureus* nazorat guruhidagilarga nisbatan ishonarli 1,9 barobar ko'p hollarda qayd etildi (52,8% va 26,9% hollarda mos ravishda, $P < 0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda *Staphylococcus aureus* immuntanqislikning barcha darajalarida nazorat guruhidagilarga nisbatan deyarli ishonarli 1,7 barobar ko'p hollarda aniqlanganligi kuzatildi ($P < 0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhiga nisbatan *Streptococcus spp.* $< 10^4$ KHKB /g bo'lishi o'rtasida farq 1,5 barobarni tashkil etgan bo'lsa, immuntanqislikning darajalariga bog'liq ravishda qiyosiy guruhlar ko'rsatkichlari o'rtasida ishonarli farqlar aniqlanmadi ($P > 0,05$). Ichak mikrobiosenozida *Clostridium* $< 10^5$ KHKB /g bo'lishi asosiy guruhdagi bolalarning 25,9%ida aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhidagilarning atigi 7,6%idagina kuzatildi. *Clostridium* $< 10^5$ KHKB /g bo'lishi immuntanqislikning past va yuqori darajalarida asosiy guruhidagilarda deryali ishonarli 2,5 barobar, o'rta va og'ir darajalarida – ishonarli 3 barobar ko'p hollarda qayd etildi (12,5%; 19,5%; 27,2%; 48,6% va 5,1%; 6,5%; 10,4%; 15,8%, $P < 0,05$). *Proteus spp.* $> 10^3$ KHKB/g bo'lishi asosiy guruhidagilarda nazorat guruhidagilarga nisbatan ishonarli 1,5 barobar ko'p hollarda kuzatilgan bo'lsa-da, immuntanqislik darajalari bo'yicha qiyosiy guruh ko'rsatkichlari o'rtasida ishonarli farqlar aniqlanmadi ($P > 0,05$). Asosiy guruhdagilar bilan nazorat guruhidagilarda *Serratia spp.* $> 10^3$ KHKB/g bo'lishi o'rtasida farq ishonarli 2,4 barobarni tashkil etdi, biroq OIV-infeksiyasidagi immuntanqislikning past va og'ir darajalarda qiyosiy guruh ko'rsatkichlari o'rtasida ishonarli farq 1,8 barobarga, o'rta darajada – 1,5 barobarga, yuqori darajada – 1,6 barobarga teng bo'ldi ($P < 0,05$). *Propionibacterium spp.* asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan ishonarli 1,7 barobar ko'p hollarda aniqlangan bo'lsa-da, OIV-infeksiyasining o'rta, yuqori va og'ir immuntanqislik darajalarida qiyosiy guruhlar o'rtasida farq ishonarli 1,5 barobarni tashkil etdi ($P < 0,05$), past darajasida farqlar ishonarli bo'lmadi ($P > 0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda immuntanqislik darajasiga bog'liq ravishda *Candida spp.* $> 10^4$ KHKB /g ko'rsatkichlari nazorat guruhiga nisbatan ko'p hollarda aniqlangan bo'lsa, qiyosiy guruhlarda o'rtasida farqlar ishonarli bo'lmadi ($P > 0,05$).

Salmonella enteritidis asosiy guruhdagi bolalarning 21,1%ida aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhidagilarda ishonarli 4,6 barobar kam hollarda qayd etildi ($P < 0,05$). Immuntanqislikning past darajasida *Salmonella enteritidis* aniqlanishi bo'yicha qiyosiy guruhlarda o'rtasidagi ishonarli farq 3,2 barobarni, o'rtacha darajasida – 3,4 barobarni, yuqori darajasida – 3,7 barobarni va og'ir darajasida – 4,4 barobarni tashkil etdi ($P < 0,05$).

Shigella asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan ishonarli 2,4 barobar ko'p hollarda aniqlandi (18,4% va 7,6% hollarda mos ravishda, $P < 0,05$). Asosiy guruhdagi bolalarda *S.sonnei* va *S.flexneri* nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan OIV-infeksiyasidagi immuntanqislikning past va o'rtacha darajalarida 1,6 barobar, yuqori va og'ir darajalarida 1,8 barobar ko'p hollarda qayd etildi ($P < 0,05$). *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter coli* va *Y.enterocolitica* asosiy guruhidagi bolalarda nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan 1,6 barobar ko'p hollarda qayd etildi (6,1%; 3,8% va 2,7%; 1,7% hollarda mos ravishda $P < 0,05$). Biroq OIV-infeksiyasining klinik bosqichida bog'liq ravishda qiyosiy guruhlarining ko'rsatkichlari o'rtasida ishonarli farqlar aniqlanmadi ($P > 0,05$).

Xulosalar: O'tkir yuqumli diareya bilan kasallangan bolalarda ichak mikrobiosenozining chuqur buzilishlari OIV-infeksiyasidagi immuntanqislikning past va og'ir darajalariga nisbatan o'rtacha va yuqori darajalarida ishonarli ko'p hollarda qayd etildi ($R < 0,05$). Qiyosiy guruhlarda OIV-infeksiyadagi immuntanqislikning yuqori va og'ir darajalarida ichakning obligat va fakultativ mikrofloralardagi o'zgarishlar ishonarli ko'p hollarda aniqlandi. Patogen bakteriyalardan *Salmonella* va *Shigella* aniqlanishi bo'yicha OIV-

infeksiyasidagi immuntanqislikning darajalariga bog‘liq ravishda qiyosiy guruhlarda ishonarli farqlar kuzatildi ($P < 0,05$), biroq *Cambilobacter* va *Yersinia* aniqlanishi bo‘yicha esa aksincha farqlar ishonarli qayd etilmadi.

ERTA YOSHDAGI BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLITNING RIVOJLANISH XAVF OLLARI.

Umarova S.S., Quldashev S.F.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi. Nafas olish tizimi kasalliklari eng keng tarqalgan kasalliklar guruhidir erta yoshdagi bolalarning umumiy kasallanishi tarkibida birinchi o‘rinni egallaydi. So‘nggi o‘n yil ichida o‘tkir bronxiolit bilan yuzaga keladigan respirator kasalliklarning tarqalishi 10 barobardan ortiq oshdi. Bemorlarning ushbu yosh guruhida tashxis qo‘yishdagi qiyinchiliklar, shuningdek, bola qanchalik yosh bo‘lsa, o‘tkir bronxiolit paydo bo‘ladigan klinikada patologiyalarning differentsial soni shunchalik ko‘p bo‘lishi bilan bog‘liq. Biroq, ushbu patologiyani o‘z vaqtida tashxislash, asosiy terapiyani erta boshlash kasallikning prognozida, xususan, uning oqibati va kasal bolaning hayot sifatini yaxshilashda muhim rol o‘ynaydi.

Ishning maqsadi 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda o‘tkir bronxiolit rivojlanishining asosiy xavf omillarini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2021 va 2022 yillar davomida Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali bolalar bo‘limiga yotqizilgan o‘tkir bronxiolit bilan kasallangan 86 nafar bolalar holatini qiyosiy retrospektiv tahlil qildik. O‘g‘il bolalar va qizlar nisbati 4:1 edi. 12 oygacha bo‘lgan bolalarda o‘tkir bronxiolit 2,5 marta tez-tez kuzatilgan. bolalarni sun‘iy oziqlantirish-44 (51,1 %) nafar bolalarda, bolaning anamnezida tez-tez uchraydigan o‘tkir respirator virusli infeksiyalar 72 (83.7%) nafar bolalarda, ichak disbakteriozi-22 (25,6%) nafar bolalarda, passiv chekuvchi-11 (12.7%) nafar bolalarda aniqlandi.

Natijalar. Biz hayotning birinchi 2 yilidagi bolalarda o‘tkir bronxiolit rivojlanishi uchun xavf guruhlarini shakllantirish mezonlarini aniqladik. Bolalarda o‘tkir bronxiolitning shakllanishi uchun xavf omillari quyidagilar edi: og‘irlashtirilgan oilaviy allergik fon mavjudligi; bolalarni sun‘iy oziqlantirish; bolaning anamnezida tez-tez uchraydigan o‘tkir respirator virusli infeksiyalar, ichak disbakteriozini ko‘rsatadigan laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari natijalari, ota-onalarning chekishi.

Xulosa. Shunday qilib, xavfli guruh sifatida belgilangan bolalarda anamnestik ma'lumotlarni yig‘ishda o‘tkir bronxiolit rivojlanishi uchun individual xavf omillarini aniqlash zarur. Oilaviy poliklinika shifokorlari xavf guruhiga kiruvchi bolalarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishda xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan tadbirlarni amalga oshirishlari zarurligini bildiradi.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF DISORDERS OF MENSTRUAL FUNCTION OF CENTRAL GENESIS IN PUBERTY GIRLS

Usmonova G.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Improving the reproductive health of the population is a priority area of modern medicine. The health of puberty girls is one of the main components of reproductive potential. A decrease in the number of teenagers associated with a drop in the birth rate in the 90s, as well as the continuing deterioration of their health, has a negative significance for the demographic situation.

The decrease in the number of children and adolescents entering the reproductive period, the deterioration of their general somatic and gynecological health adversely affect their further reproductive health. A decrease in the initial level of women's health leads to a complicated course of pregnancy and childbirth, the birth of sick children.

The purpose of the study. Based on the study of risk factors and early diagnosis to optimize the treatment of menstrual disorders of central genesis in puberty girls.

Materials and methods of research. To solve these tasks, we examined 60 patients with a diagnosis of menstrual dysfunction of central genesis in puberty girls.

The results of the study. In girls of groups I and II of the study with menstrual disorders, the central genesis was established in 99.6% of cases. The structure of menstrual cycle disorders of central genesis in the study groups is presented: DMK in group I in 27.5% of cases, in group II - in 26.8% of cases; hypomenstrual syndrome - in 58.4% and 57.0%, respectively; secondary amenorrhea - in 14.1% and 11.5%, respectively. Primary amenorrhea was 4.7% in group II of the study.

In puberty girls with menstrual dysfunction of central genesis, a lag in sexual development was found: in patients of group I of the study, the average score of sexual development was 7.8 with 10.4 in girls of group I of the control group ($p < 0.001$); in patients of group II of the study, the average score of sexual development was significantly lower with primary amenorrhea - 7.9, compared with the average the score in patients with DMK, hypomenstrual syndrome, secondary amenorrhea (11.1 - 11.4) and a similar indicator in II the control group was 11.6 ($p < 0.001$)

Risk factors for menstrual function disorders of central genesis in puberty girls are: complications of pregnancy and childbirth in the mother; acute respiratory diseases with a severe course of up to a year, childhood infections under the age of 5 years, frequent colds, the presence of chronic somatic pathology, increased physical and mental stress.

The developed prognostic scale allows us to calculate the probability of developing menstrual function disorders of central genesis (the total score of the prognostic scale up to 14 is minimal, from 14 to 28 is average, above 28 - maximum), makes it possible in a timely manner (at the stage of early childhood) to form risk groups and carry out preventive measures, determines the need for additional diagnostic measures (electroencephalogram, reencephalogram, hormone, involvement of specialists of a narrow profile), allowing timely prescribing appropriate therapy.

The use of the proposed algorithm of step-by-step therapy for disorders of menstrual function of central genesis in puberty girls contributes to the restoration of regular menstrual cycles: with DMK in patients of group I of the study in 85.4% of cases, in group II - in 85.9% of cases ($p > 0.05$); with hypomenstrual syndrome - 79.3% and 66.9% of cases, respectively ($p < 0.03$); with secondary amenorrhea - 38.1% and 78.7%, respectively ($p < 0.001$); with primary amenorrhea in the study group II in 8.0% of cases.

Conclusion. The use of a prognostic scale will allow to identify the risk of violations of menstrual function of central genesis in girls of puberty age and carry out preventive measures.

The algorithm of differentiated treatment of menstrual function of central genesis in puberty girls is proposed, taking into account the pathogenetic variant of the age disease (DMK, hypomenstrual syndrome and amenorrhea).

THE USE OF MAGNE B6 IN ORDER TO CORRECT THE STATE OF
CONNECTIVE TISSUE IN JUVENILE DYSMENORRHEA

Usmonova G.A.
Andijan State Medical Institute

Introduction. Dysmenorrhea in adolescents is a cyclical pelvic pain and a complex of systemic disorders that occur at 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 purpose of the study. The effect of the therapeutic effect of Magne B6 on the functional state of connective tissue was studied.

Materials and methods of research. 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.

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 1st group included 30 girls who had moderate connective tissue dysplasia (from 10 to 16 points). The 2nd group included 34 girls without clinical signs of connective tissue dysplasia.

The results of the study. In the group of girls with dysmenorrhea and connective tissue dysplasia, a decrease in plasma magnesium content from 0.7 ± 0.2 to 0.5 ± 0.2 mcg/l ($n<0.05$) was revealed, whereas in the second group the magnesium content remained within normal values from 0.9 ± 0.2 to 0.7 ± 0.1 mcg/l ($n<0.05$). Consequently, in girls with dysmenorrhea, the change in magnesium in blood plasma varied depending on the presence or absence of signs of connective tissue dysplasia.

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 were 14 (41.1%) and 15-16 years 16 (47%), 17 4 years old (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, the majority of 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.

ZAMONAVIY SHAROITLARDA OROL BO'YI MINTAQASIDA MAKTABGACHA TA'LIM MUASSASASI BOLALARINING VITAMINLAR BILAN TA'MINLANGANLIK DARAJASINI BAHOLASH

*Xakimov A.A., Mamatov L.B., Ongarbayev D.O.¹
Shaniyazov A.J.²*

Kirish: Vitaminlarning yetishmasligi bolaning o'sishi va rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan omil bo'lib xizmat qiladi; tananing o'ziga xos bo'lmagan qarshiligining, adaptiv potentsialining pasayishiga olib keladi; ovqat hazm qilish tizimining rivojlanishi uchun xavf omili bo'lib xizmat qiladi. Vitaminlar yetishmasligi bilan bog'liq kasalliklar, har qanday kasallikning kechishini og'irlashtiradi va davolashni qiyinlashtiradi.

Tananing vitaminlar bilan ta'minlanishini baholash uchun turli usullar qo'llaniladi. Oziq-ovqat va ozuqa moddalarini turli usullarda iste'mol qilish ma'lum bir vitaminning so'rilish darajasini (ya'ni bioavailability) va bolalar tomonidan haqiqatda iste'mol qilinadigan taomning bir qismining hajmini hisobga olmaydi. Holbuki, turli mahsulotlardan B vitaminlarni assimilyatsiya qilish sezilarli darajada farq qilishi.

Shu munosabat bilan aholining vitaminlar bilan real ta'minlanishini tavsiflash zarurati tug'iladi, bu esa oziq-ovqatga bog'liq kasalliklarning oldini olish uchun mikronutrient etishmasligini tuzatish bo'yicha keyingi chora-tadbirlarni belgilash imkonini beradi.

Ta'kidlash joizki, Orol bo'yidagi maktabgacha ta'lim muassasalari tarbiyalanuvchilarini vitaminlar bilan ta'minlash holatini o'rganish gigiena sohasidagi asosiy yo'nalishlardan biridir.

Tadqiqot maqsadi: Orol bo'yi mintaqasida maktabgacha ta'lim muassasalari bolalarini vitaminlar bilan ta'minlash holatini tahlil qilish.

Tadqiqot usuli: Orol bo'yi mintaqasida Davlat tasarrufidagi 10-sonli maktabgacha ta'lim muassasasidagi 50 ta tarbiyalanuvchilarda o'rganildi. Ishni bajarishda gigienik, va statistik tadqiqot usullari qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari: Orol bo'yi mintaqasida Davlat tasarrufidagi 10-sonli maktabgacha ta'lim muassasasida 50 ta tarbiyalanuvchi bo'lib, 2 guruhga ajratildi. 1-guruh 3-5 yoshlardagi bolalar 25 tani tashkil etdi, 2-guruhda 5-7 yoshlardagi bolalar 25 tani tashkil etdi.

Xulosa: 1-guruhdagi bolalarning 12% da ko'rish o'tkirligini pasayishi, teri turgorligining pasayishi, qabziyat, karies kuzatildi. Raxid kasalligi belgilari kuzatilmadi. 2-guruhdagi bolalarning 9% da yuqoridagi simptomlar bilan birga psixo-emotsional o'zgarishlar, jismoniy rivojlanishdan ortda qolish kuzatildi. Gipovitaminozni oldini olish va bartaraf etish maqsadida maktabgacha ta'lim muassasasiga ovqat ratsioniga vitaminlarga boy bo'lgan mevalar, sabzavotlar qo'shish tavsiya etildi. Gipovitaminoz aniqlangan bolalar otalalar bilan suhbat o'tkazilib, bolalarni laborator tekshiruvlardan o'tkazish tavsiya etildi.

VOYAGA YETMAGAN QIZLARDA VULVOVAGINIT KASALLIGI KECHISHI

*Xasanova M. 114-guruh, "Davolash ishi bo'limi" fakulteti
Ilmiy rahbar: Tillashayxova Munavvar Xalmuxammedovna
ToshPTI, «Akusherlik va ginekologiya va bolalar ginekologiyasi» kafedracu.*

Dolzarbligi. Qizlardagi jinsiy organlarning yallig'lanish patologiyasi turli yoshdagi va bola rivojlanishining fiziologik bosqichlariga xos bo'lgan klinik ko'rinishlarning o'ziga xos xususiyatiga ega bo'lgan genital traktning barcha qismlarining yuqumli va yuqumsiz kasalliklari majmuini o'z ichiga oladi. Jinsiy organlarning yallig'lanish kasalliklarining hissasi ginekologik nozologik tuzilishga ega bolalar, ahamiyatli, chunki diagnostika va davolash samaradorligi reproduktivni salomatlikni saqlashda strategik ahamiyatga ega yosh avlod. Tadqiqot maqsadi: diagnostika, terapevtik va profilaktika algoritmlarini optimallashtirish, jinsiy a'zolar yallig'lanish kasalliklari bo'lgan qizlar.

Materiallar va uslublar. Shahar perinatal kompleksining 6-ginekologik bo'limiga yotqizilgan ginekologik kasalliklarga chalingan bemorlarning 100 ta tarixini retrospektiv tahlil qilish o'tkazildi. Tekshiruvga shikoyatlar yig'ish, anamnez, ginekologik tekshiruv, laboratoriya usullari: Umumiy qon tahlili (leykotsitlar soni va trombositlar soni), biokimyoviy qon tekshiruvi (umumiy oqsil, bilirubin, ALT, AST, ishqoriy fosfataza), ichki jinsiy a'zolar ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Statistik usullar: namunaning o'rtacha arifmetik qiymatini aniqlash, standart og'ish, vakillik xatolari aniqlaniladi.

Tekshiruv natijalari. Tadqiqot natijasida asosiy guruhdagi barcha bemorlar bolalar ginekologi bilan bog'lanishganda, (100%) genital sohadan chiqqandagi ajralmalaridan shikoyat qilishlari aniqlandi; 65% qizlarni vulva shishishi, giperemiyasidan xavotirlanishlar; 46% - vulvada bezovtalik, qichishish. Asosiy guruhda o'tkir vulvovaginit 36,1%, o'tkir osti 11,1%, surunkali retsdiv- 52,8% kuzatildi. Klinik ravishda, o'tkir vulvovaginit genital trakt dan ozgina ko'p miqdorda bo'shatish bilan namoyon bo'ldi. Kasallikning davomiyligi 1 oydan ko'p bo'lmagan. O'tkir osti va surunkali takroriy vulvovaginitda tashqi jinsiy organlarning davriy qizarishi, jinsiy sohada bezovtalik shikoyatlari bor edi. O'tkir osti vulvovaginit bilan kasallikning davomiyligi 3 oygacha, surunkali vulvovaginit bilan esa 3 oydan ortiq davom etadi. Shu bilan birga, nazorat guruhida amalda bir xil opportunistik mikroorganizmlar aniqlandi, lekin ular kamroq sonli va patogen xususiyatlarga ega emas.

Hulosa. Vulvovaginit bilan tez-tez kasal bo'ladigan qizlarda gormonal status buzulishlari kuzatiladi. Bemorlarning ushbu kogortasida gormonal holatni tuzatishga qaratilgan kompleks patogenetik davolanishni maqsadga muvofiqligini ko'rib chiqish kerak.

**BRONXIAL ASTMAGA CHALINGAN BOLALARDA VEGETATIV
DISFUNKTSIYANI KARDIINTERVALOGRAFIYA USULIDA TEKSHIRISH**

*Xankeldieva X.K.
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Izlanish dolzarbligi. Oxirgi 3 – 4 o'n yillikda bolalar populyasiyasini rasmiy statistik kuzatuv natijalari taxliliga ko'ra, bronxial astma tarqalishi va tempi etakchilik qilmoqda.

Epidemiologik tekshiruvlardan ma'lum bo'lishicha, insonlarning 4 – 8% ushbu kasallik bilan xastalangan. Bolalar o'rtasidagi ko'rsatkich esa 15% gacha ega ekanligi ko'rsatildi.

Bronxial astma kasalligi allergik – yallig'lanishli kasalliklar qatoriga kiritilib, asosida faqatgina bolalar organizmining turli antigenlarning ta'siri emas balki, genetik omillar katta rol o'ynaydi

Izlanish maqsadi. Izlanishdan asosiy maqsadimiz, bronxial astmaga chalingan bolalarda vegetativ vegetativ nerv tizimini kardiointervalografiya usulida to'g'ri tashxislash va buni o'zlashtirish natijasida kasallikni davolash va asoratlarini oldini olishdan iborat.

Tekshirish materialari va usullari. Izlanish 2010-yildan 2015-yilgacha Andijon shahar ko'p tarmoqli bolalar shifoxonasining pulmonologiya bo'limiga tushgan 102 ta bronxial astmali bolalarning klinik-laborator tekshirishlariga asoslangan.

Tekshiruv natijalari. Vegetativ nerv tizimini kardiointervalografiya (KIG) usulida tekshirildi. Boshlang'ich vegetativ tonus (ivt) va vegetativ reaktivlik (VR) hisoblandi. Kardiointervalografiya bu adaptasiya va kompensator reaksiyalarni baholashning nospesifik usulidir. Bemorlarni tekshirish uchun A. M. Veyn va ham mualliflar tomonidan taklif qilingan qoidalardan foydalanildi:

- tekshirishlar och qoringa yoki ovqatdan 2 soat keyin;
- ertalabki soatlarda, v/i manipulyasilaridan oldin o'tkazildi;
- qayta KIG tekshirishlari sutkaning xuddi shu vaqtida o'tkazildi;
- bitta tekshiruv uzoqligi 40 minutdan ortiq bo'lmadi.

KIG ko'rsatkichi birkanalli elektrokardiografda qog'oz harakati 25 mm/s tezligida, bolaning tepaga qarab 3-5 minut yotganidan so'ng tinch holatda ro'yxatga olindi, qo'shimcha hayajonni oldini olish maqsadida bola va uning onasi bilan muolaja to'g'risida psixolog suxbat o'tkazdi.

Xulosa. Ushbu usul tibbiyot institutlari talabalariga bronxial astmaga chalingan bemorlarda kardiointervalografiya usulini baholash, to'g'ri tashxis qo'yish uchun ko'nikma shaklanishida pedagogik texnologiya sifatida o'rganitilyapdi. Talabalar ushbu kasallikni dinamikasini baholashni o'zlashtirmoqdalar.

BOLALARDA BRONXIAL ASTMANING TURLI DARAJALARIDA QALQONSIMON BEZNING FUNKTSIONAL HOLATI.

Xankeldieva X.K.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Izlanish dolzarbligi. Bronxial astma ustida olib borilgan ilmiy izlanishlardan ma'lum bo'lishicha, ushbu kasallikning turlicha og'irlik darajada kechishida tireoid funktsiya ko'rsatkichlarining o'zgarishlarini solishtirma tadqiqotlari olib borilmagan bo'lib, biz o'z ishimizda endemik buqoq xudud sanalgan O'zbekistonning Farg'ona vodiysida yashovchi insonlarda tekshiruvlar olib borish katta ahamiyatga ega sanaladi.

Izlanish maqsadi. Bolalarda bronxial astmaning turli darajalarida qalqonsimon bezning funktsional holatini aniqlashdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari. Izlanish 2010-yildan 2015-yilgacha Andijon shahar ko'p tarmoqli bolalar shifoxonasining pulmonologiya bo'limiga tushgan 102 ta bronxial astmali bolalarning klinik-laborator tekshirishlariga asoslangan.

Izlanish natijalari. Qalqonsimon bez disfunktsiyasi 2 – guruxdagi bemor bolalarda, shu muammoni hal etish uchun qb funktsiyasi saqlangan boshqa guruxdagi bolalar bilan solishtirma taxlil o'tkaziladi va bunda u bolalarda vegetativ buzilishlar kuzatilmaydi.

Bronxial astmaga chalingan bolalarda Qbning funktsional holatini o'rganish natijalari ko'rsatishicha (jadv. 4.4), ba ning kechishining og'irlik darajalari tireoid gormonlarning funktsiyasini pasayishidan kelib chiqishi ma'lum bo'ldi.

Engil va o'rta og'ir darajalarda kechgan ba bilan xastalangan bemorlarda tireyodtironin va tiroksin gormonlari kontsentrasiyasini pasayishi tufayli kelib chiqishi aniqlandi.

Biroq shunga qaramasdan TTT tomonidan javob reaksiyasining ijobiy bo'lishi kuzatildi ($R < 0,01$). Ba ning og'irlik darajasi bilan TTG sekresiyasini sezilarli o'sishi kuzatildi ($R < 0,001$).

Ba da T4 darajasining pasayishi adaptasiyasining endokrin mexanizmlari mavjudligi ahamiyatlidir. TZ ning jadal o'zgarish natijalarining taxlili shuni ko'rsatdiki, uning simpatoadrenal tizimni yuqori aktivligi sharoitida va doimiy takrorlanuvchi ziddiyatli situatsiyalarda faoliyati ortar ekan.

TTG ning yuqori darajada ortishi og'ir astma xuruji davrida TTG/TZ koeffisienti oshishi va ti ($R < 0,001$) ni pasayishi og'ir ba xuruji davrida qb ning gormonini kuchli defisiti fonida kechishidan guvox beradi.

Nafas yo'llari obstruktsiyasini funktsiyasini "labarator gipotireoz" fonida tg ning noadekvat ko'tarilishidan guvox beradi, kerakli darajada kislotali tiklanuvchi jarayonlarni ushlab turish uchun etarli bo'lmaydi. Bu esa o'z navbatida bronxoobstruktsiyani shish mexanizmida muxim ahamiyat kasb etishi bilan xarakterlanadi.

Xulosa. Shubxasizki, ushbu gormonni tegishli kasallikka ta'siri moxiyatini aniqlash bugungi kunda qb ni subklinik kechishi, umumiy TZ va T4 darajasini roli norma doirasida qolishiga bog'liq bo'lmoqda.

Qalqonsimon bezning birmuncha immunologik ko'rsatkichlari bizga tireoperoksidaza va tireoglobulina autoantitelani boshlang'ich bog'liqlik ko'rsatkichi engil ba da, maksimal ko'rsatkichi esa og'ir ba ($R < 0,001$) da rol o'ynaydi. Olingan natijalarimizdan AT-tg ni qb ni autoimmun zararlanishlari bilan kechishiga bog'liqligi aniqlandi.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS AND INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Yunusov D.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Acute intestinal infections and intestinal helminthiasis remain the most widespread human diseases and do not give priority in the structure of morbidity, despite the great efforts of specialists in biological and medical fields of science and practice.

According to WHO, more than 1 billion people in the world suffer from acute intestinal diseases (diarrhea) every year. people, of which 65-70% are children under the age of 5, and the total rate of helminthiasis infestation exceeds the entire population of the planet.

Infections and parasitic diseases remain the leading cause of death of 16.4 million people on the planet. Parasitic diseases remain the most common diseases of people.

According to WHO, there are 1 billion patients with ascariasis in the world. 400 million cases, hookworm - 900 million, trichocephalosis - 500 million. Each person repeatedly gets sick with helminthiasis during his life, and their spectrum is different and depends on the timing of the place of residence, the level of socio-economic development of the country of residence, the cultural and property status of the individual, etc.

The purpose of the study. Study of clinical and epidemiological features of acute intestinal infections and intestinal nematodes in modern anthropogenic and climatic conditions of the Fergana Valley.

Materials and methods of research. By the method of continuous sampling, 50 case histories of patients admitted to the AODB hospital with intestinal infection were included in the study.

The results of the study. Dysentery in children is more common in moderate to severe form (60% of cases), severe and extremely severe (about 40%). Severe forms were more common in Flexner dysentery (48.5%) than in Sonne dysentery (30%). The main clinical manifestations of dysentery are hyperthermia (in more than 85% of patients, body temperature was determined within $39^{\circ}C$), diarrheal syndrome (in 38.3% of patients, loose stools may contain mucus in the first days of the disease). Then streaks of blood appear in the bowel movements (61.7%).

The frequency of stool with dysentery in 56.7% does not exceed 14 times a day, in 40% it was 3-7 times. A feature of dysentery in young children is the erasure of clinical manifestations of the disease. Not all patients have such classic symptoms of dysentery as tenesmus (35%) or malleability of the anus (43.3%), rarely flatulence (3.3%), rumbling (1.7%).

With intestinal coliinfection, the main clinical manifestations in children were: repeated vomiting (65%), toxicosis (78.3%), exicosis (71.7%), an increase in body temperature over 39 ° C (65%), watery stools 15 or more per day (68.3%).

The leading syndromes at admission were exicosis with toxicosis (78%) — in equal parts of the 1st and 2nd degree, 3rd degree — in 1 patient. The study of the anamnesis showed that vomiting was recorded in all those admitted to the hospital, while diarrhea — in 90%, fever — in 75% of children with OCI. Concomitant pathology in the form of acute respiratory infections was 10%, bacterial infections — 12%, somatic diseases — 15% of patients with OCI.

All children underwent bacteriological examination of feces for intestinal pathogens and determination of rotavirus antigen. Rotavirus was isolated in 99% of cases in the structure of AKI of established etiology, and in 1% the infection was caused by conditionally pathogenic flora. Inflammatory changes in the UAC and coprogram were recorded in 25 and 2% of children, respectively. Analysis of OKI therapy showed that infusion therapy was performed in 99% of cases.

Conclusion. Antiepidemiological measures in various climatic and geographical zones of the republic (mountainous, foothill, valley) should be carried out taking into account the existing factors and ways of transmission of infection, as well as the conditions for activating the prerequisites for complications of the epidemiological process.

Thus, the verification of OCI in the hospital was 80%. Rotavirus infection played a significant role. The leading OCI syndrome in hospitalized patients was toxicosis with exicosis.

INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CHILDREN OF THE FIRST TWO YEARS OF LIFE

Yunusov D.M.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The modern definition of bronchopulmonary dysplasia (BPD) outlined the diagnostic criteria. BPD is a diffuse parenchymal lung disease of prematurely born children with acute respiratory failure in the neonatal period who underwent artificial lung ventilation (ventilator) and/or oxygen therapy for more than 28 days of life.

Bronchopulmonary dysplasia currently has a relatively favorable prognosis. At the same time, it is necessary to state the fact of the development of severe respiratory distress syndrome (RDS) in the newborn period in full-term (rarely — prematurely born children). RDS usually necessitates prolonged mechanical ventilation of the lungs and extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). However, therapy is ineffective, and in the first months of life, a fatal outcome occurs. One of the reasons for the development of this pathological condition is interstitial lung disease (ISL) associated with a diffuse violation of their development.

The purpose of the study. The aim was to systematize the world's ideas about interstitial lung diseases (diffuse parenchymal lung diseases) associated with their development, using the example of clinical observation.

Materials and methods of research. The study included 142 patients who received inpatient examination and/or treatment in one of the pulmonological departments of the AODB. The sampling of patients in the main and control groups was carried out by a

continuous method, the study was more retrospective in nature (more than 60% of patients were included in the study retrospectively).

The results of the study. The main group consisted of 48 children with an established diagnosis of one of the interstitial lung diseases (obliterating bronchiolitis, hypersensitive pneumonitis - EAA, idiopathic fibrosing alveolitis - ELISA). The remaining children with respiratory diseases such as pneumonia, recurrent bronchitis, chronic bronchitis, acute bronchiolitis, atypical and/or prolonged clinical picture of the disease and/or lack of effect from the therapy, as a result of which they (with the informed consent of their parents) underwent computed tomography of the chest organs, made up a comparison group (n=94).

The prevailing pathology in the structure of interstitial lung diseases in children is obliterating bronchiolitis (52.08%), hypersensitive pneumonitis (39.59%) and idiopathic fibrotic alveolitis (8.33%) are less common. Manifestation of obliterating bronchiolitis and hypersensitive pneumonitis is observed in children under the age of 1 year, idiopathic fibrosing alveolitis - at the age of 10-11 years.

The main manifestations characteristic of all forms of interstitial lung diseases in children are unproductive cough, progressive shortness of breath mainly without an increase in body temperature, bilateral auscultative changes in the lungs, restrictive

respiratory dysfunction, lack of specific changes in general and biochemical blood tests. A feature of hypersensitive pneumonitis in children is sensitization to fungal allergens.

In interstitial lung diseases in children, there is a similar X-ray picture, characterized on a traditional chest X-ray by cellular enhancement of the pulmonary pattern due to the so-called—disto-interstitial component, small focal seals and the formation of foci of local pneumofibrosis; on a computed tomogram - interstitial type of infiltration of lung tissue, foci of consolidation, areas of emphysematous swelling, focal and widespread fibrotic-sclerotic changes in both lungs.

High-resolution computed tomography of the chest organs allows us to determine the differential diagnostic criteria of obstructive bronchiolitis - a common picture of "frosted glass", linear bronchial structures in subpleural areas, U-shaped structures of bronchioles; hypersensitive pneumonitis - unevenly located, mainly in the central parts of the lungs, areas of "frosted glass"; idiopathic fibrosing alveolitis - common areas of "frosted glass", mainly in the basal and posterobasal parts of the lungs, areas of emphysematous bullous swelling with a tendency to form a cellular lung pattern.

Conclusion. Thus, having similar clinical symptoms with bronchopulmonary dysplasia, idiopathic pulmonary hypertension of newborns and other interstitial diseases in children under 2 years of age, acinar, alveolar and alveolocapillary dysplasia differ in the early appearance of respiratory distress syndrome, high pulmonary hypertension and characteristic pathological changes. Unfortunately, at present, the lifetime diagnosis of this group of diseases is still limited, and diffuse lung development disorders are a rare and so far fatal pathology for newborns. At the same time, the development of targeted therapy and transplantology can open up new prospects in prolonging the life of young patients.

THE SIGNIFICANCE OF IMMUNOLOGICAL CHANGES IN CHRONIC NON-ALLERGIC LUNG DISEASES IN CHILDREN

*Yunusov D.M.
Andijan State Medical Institute*

Relevance. According to many researchers, in patients with chronic non-allergic lung pathology, a serious obstacle to effective antibacterial therapy is the increasing polyresistance of pathogens, which is associated with the frequent, and sometimes irrational, use of antibacterial drugs in this category of patients.

The purpose of the study. To establish clinical and epidemiological, etiological features and patterns of changes in the production of cytokines and factors of nonspecific resistance in children with chronic inflammatory lung diseases.

Materials and methods of research. In accordance with the set goal and objectives of the work, the study was conducted in four stages. Group I (29 patients (49.1%) - patients with an infectious and inflammatory process formed on an intact lung.

Group II (30 patients (50.8%) is represented by patients whose chronic infectious and inflammatory process in the lungs is associated with congenital or hereditary pathology of the bronchopulmonary system.

The results of the study. An increase in the level of pro-inflammatory cytokines (IL-1P, IL-6, IL-8) in peripheral blood serum was revealed, persisting in the period of clinical remission in patients with CVD against the background of congenital and hereditary pathology, which indicates the presence of current chronic inflammation, including with an autoimmune component, in favor of which a high the level of anti-inflammatory cytokines (IL-4, IFN-u).

Determining the prevalence of CVD in the region makes it possible to improve organizational and methodological measures to provide medical and social assistance to this contingent of patients.

The features of microbial contamination of the respiratory tract in patients with CVD and sensitivity to antibacterial drugs have been determined, which makes it possible to optimize the schemes of empirical antibacterial therapy in case of exacerbation of the disease.

The normative indicators, IL-1p, IL-4, IL-6, IL-8, IFN-u, the level of serum lysozyme, the bactericidal activity of blood serum, the SZ component of complement in healthy children of the Andijan region, which can be used in regional practical healthcare, were determined.

The levels of IL-1P, IL-4, IL-6, IL-8 in blood serum, lysozyme in blood serum, BASC and IFN-in blood serum in patients with CVD were determined, which can be proposed as additional diagnostic laboratory criteria for the activity and phase of the chronic bronchopulmonary process.

In patients with hereditary and congenital pathology of the bronchopulmonary system, exacerbations of the bronchopulmonary process were significantly more often diagnosed (2.71+0.048 in the first year and, respectively, 2.28+0.047 in the first year ($p=0.01$), signs of chronic hypoxia (including, lag in physical development (70.1% of cases in the second year and, respectively, 34.3% cases in the I gr.), signs of metabolic disorders in the myocardium during instrumental examination (13.3% of cases in the II gr. and, respectively, 3.4% of cases in the I gr.) and intercurrent diseases, including sinusitis (33.3% of cases in the II gr. and, respectively, in 17.2% of cases in the I gr.).

Exacerbation of the bronchopulmonary process in both groups of patients with CVD is associated with mixinfection (68.2% of cases), a combination of gram-positive (71.8% of cases) or gram-positive and gram-negative microorganisms (28.2% of cases), with polyresistance of representatives of the microbiota to antibiotics of initial therapy. The predominance of gram-negative microflora was found in patients with congenital and hereditary lung diseases (59%).

The exacerbation of the inflammatory process in patients with CVD is characterized by pronounced dyscomplementemia with an increase in the concentration of serum muramidase and BASC, and therefore, their determination can be considered as additional laboratory markers of inflammation activity. The degree of change in the indicators of innate immunity factors (NW component of complement, BASC, lysozyme) is significantly higher ($p<0.01$; $p<0.001$ and $p<0.001$, respectively) in patients with chronic lung diseases associated with hereditary and congenital pathology, which is a reflection of a partially controlled inflammatory process in the bronchial tree in this category of patients.

Conclusion. The revealed features of immunological parameters in patients with CVD will allow individualizing therapeutic trips and dispensary observation.

THE USE OF A PHOSPHODIESTERASE INHIBITOR IN THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF PULMONARY HYPERTENSION IN CHILDREN WITH
CONGENITAL HEART DEFECTS

Yunusov D.M.
Andijan State Medical Institute

Relevance. In recent years, there has been a clear tendency to increase the number of children with hereditary and congenital pathology. In the structure of malformations, the defects of the cardiovascular system are in the second place. For 100 thousand children under the age of 14, inclusive, congenital anomalies of the heart and blood vessels account for 1105.8 cases.

In 30-50% of cases, congenital heart defects are complicated by the development of pulmonary hypertension.

The main method of treatment of CHD in children is a surgical correction of a defect. The use of modern technologies in cardiac surgery has made it possible to expand the possibilities of surgical treatment for children with high pulmonary hypertension.

To determine operability, it is important to evaluate the reserve capabilities of the pulmonary vessels using functional load tests.

Currently, the "gold standard" is the catheterization of the cavities of the "heart" with pharmacological tests. This study is invasive, unsafe for the patient and may be accompanied by fatal complications.

The purpose of the study. To develop a non-invasive technique for assessing the reserve capabilities of hemodynamics of the small circulatory circle and to evaluate the clinical and functional effectiveness of the use of a phosphodiesterase inhibitor (sildenafil) in the treatment of residual pulmonary hypertension in children with congenital heart defects.

Materials and methods of research. The medical records of 82 children with congenital heart defects who were treated at the AODB in 2019 at the age of 0 days to 16 years were studied. The patients were divided into the following age groups: group 1 — children under 1 year (n = 38), group 2 — 1-5 years (n = 14), group 3 — 5-10 years (n = 18), group 4 — 10-16 years (n = 12).

The results of the study. According to the results of the study, isolated defects were found in 35 children (42.7%), and in more than half of the cases (57.3%) were represented by combined CHD. The largest group was group 1, children under 1 year accounted for 46.3% of all treated patients, of whom 28 children were under 6 months of age (60.1% of children under 1 year). Pulmonary hypertension (PAH) associated with CHD was verified in children of group 1 in 10.5%, in children of group 2 in 7.1%, in group 3 — 16.6%, in group 4 pulmonary hypertension was not verified.

Pulmonary hypertension of the 3rd-4th degree is complicated by congenital heart defects with an isolated blood shunt at the level of the interventricular septum in 36% of cases, defects with a blood shunt at the level of the atria — only in 1.3% of cases, and combined heart defects — up to 60% of cases.

Congenital heart defects complicated by grade 2 pulmonary hypertension are manifested by remodeling of the left ventricle associated with minimal systolic dysfunction. Pulmonary hypertension of the 3rd-4th degree proceeds according to a variant of the manifestation of diastolic dysfunction of the left ventricle.

A decrease in the volume of the left atrium by more than 70% relative to the normative values is a reliable manifestation of pulmonary hypertension of the 4th degree.

An acute drug test with a phosphodiesterase inhibitor (sildenafil) using echocardiography is an informative and non-invasive way to determine the operability of children with congenital heart defects.

Radical correction of congenital heart defects accompanied by grade 2-3 pulmonary hypertension is complicated by residual pulmonary hypertension in 42.1% of cases.

Sildenafil phosphodiesterase inhibitor is an effective drug for the treatment of residual pulmonary hypertension in 89% of cases.

Conclusion. A noninvasive acute drug test with sildenafil makes it possible to assess the reversibility of pulmonary arterial hypertension and operability of patients with congenital heart defects at the outpatient stage.

The developed examination algorithm improves the selection of patients with congenital heart defects complicated by high pulmonary arterial hypertension for radical operations to correct the defects.

The use of sildenafil in the treatment of residual pulmonary hypertension after surgery makes it possible to increase the effectiveness of the treatment of congenital heart defects complicated by pulmonary arterial hypertension.

SURUNKALI SALPINGOOFORIT NATIJHASIDA KELIB CHIQAIDIGAN CHANOQDAGI SURUNKALI OG`RIQ PATOGENEZIGA ZAMONAVIY NASAR TASHLASH.

Ziyaeva E.R.

Andijon Davlat tibbiyot instituti, Uzbekiston.

Mavzuning dolzarbligi – Surunkali salpingooforit (SSO) xastaligi ginekologik xastaliklar ichida eng kup tarqalganidir. Ushbu xastalik bilan 30% dan ortiq tugish yoshidagi ayollar xastalangani nafaqat bizning, balki barcha millatlar ayollarining ushbu kasallik asoratlari bo`lgan bepushtlik, chanoqdagi surunkali ogriqlardan dard chekishi xozirgi zamon tibbiyotining katta muammosidir. Ogriq bosh miyaga tashqi retseptorlardan impulslarning etib borishi bilan xarakterlanadi. Ogriq sezish organizmdagi biror patologik jarayonning rivojlanayotganidan darakdir. «Chanoq soxasidagi surunkali ogriq sindromi» tashxisi kichik chanoq, oralik, dumgaza, kindik pasti soxalaridagi 6 oydan kuprok vakt ogriqning saqlanib turishi bilan xarakterlanadi. Ushbu ogriq xayz jarayoni bilan bog`lik bo`lmaydi. Shuningdek, SSO kasalligini kup marta qaytalanishi, xar hil kimyoviy moddalar, antibiotiklar bilan uzok vaqt davolanish natijasida qin, bachadon bo`yni bo`gzi va uretraning odatiy mikroflorasining tarkibini tubdan uzgarishi a va buning o`z navbatida patologik jarayonlarning tuzalishini yanada qiyinlashishiga sabab bo`ladi.

Surunkali chanoqdagi ogriq sindromining kelib chiqish patogenezigiga yangicha qarashlarni SSO xastaligi bilan davolangan bemorlarda retrospektiv yo`nalishda o`rganish bilan asoslash **maksadida** ushbu izlanishlar olib borildi.

Tekshiruv materiallari shifoxonalar arxividan SSO bilan xastalangan 200 bemor ajratib olinib, ulardan 120 tasida surunkali chanoqdagi ogriq sindromi bilan asoratlangani aniqlandi. Bemorlar 3 guruxga bo`lib o`rganildi.

- 1) SSO bilan 10 yilgacha xastalangan va ginekologik a'zolar biotsenozi buzilgan bemorlar (asosiy gurux - n=50)
- 2) SSO bilan 10 yilgacha xastalangan va ginekologik a'zolar biotsenozi buzilmagan bemorlar (1 – kontrol gurux - n=45)
- 3) SSO bilan 15 yil v aundan ortik xastalangan bemorlar (kushimcha 2- gurux - n=25).

Qo`llanilgan tekshiruv usullari:

1. Umumklinik tekshiruv usullari
2. Maxsus laboratoriya tekshiruv usullari (gormonal skrining, kin, uretra, bachadon bo`yni qovgasidan surtmalar olib tekshirish).
3. Instrumental-apparatlar bilan - UTT, chanoq tomirlari dopplerografiyasi.

Ilmiy yangiliklari: SSO xastaligi tufayli kelib chiqqan surunkali chanoq og`rig`i sindromi (SChOS) ning kelib chiqish patogenezigiga ushbu kasallik bilan davolanayotgan bemorlarning

retrospektiv taxlili asosida yangicha yondashuvni asoslashga xarakat qilindi va tashqi ginekologik organlar biotsenozi o‘zgarishiga surunkali kasalliklarning ta‘siriga xam e‘tibor berildi.

SSO bilan bemorlarning arxiv materiallari taxlil kilinganda chanoq a‘zolarining UTT, Doplerografiya natijalari shularni kursatdiki, kasallik patogenezida asosiy o‘rinni ushbu a‘zolar qon tomir sistemasidagi uzoq kechishi, tez- tez qaytalanishi natijasida paydo bo‘ladigan qon mikrocirkulyatsiyasining buzilishi, surunkali to‘uqimalar ishemiya xolati, chanoq a‘zolarida bitishmalar rivojlanishi, yalliglanish shishining uzoq saqlanib turishi ushbu soxa to‘kimalarida asab retseptorlarining o‘ta sezuvchanligi rivojlanishi va chanoq og‘riqlarining kelib chiqishiga sabab bo‘ladi degan xulosa kilishga asos bo‘ladi. Shuningdek, SSO ning uzoq, xar xil usullar va antibiotiklar bilan davolashning uretra, bachadon bo‘yni bo‘gzi kabi tashqi muxit bilan aloqada bo‘ladigan ginekologik a‘zolarida normal mikrofloraning tarkibini buzilishi – biotsenozning buzilishiga sabab bo‘ldi. Bu esa surunkali yallig‘lanish jarayonining yanada uzoqroq saqlanib turishiga sabab bo‘ldi.

Amaliy axamiyati: SSO xastaligi tufayli kelib chiqqan (SChOS) ning kelib chiqish patogeneziga ushbu kasallik bilan davolanayotgan bemorlarning retrospektiv taxlili asosida yangicha yondashuv va tashqi ginekologik organlar biotsenozi o‘zgarishiga surunkali kasalliklarning ta‘sirini o‘rganish SSO xastaligi va uning asorati bo‘lgan SChOS ning davolash va profilaktikasi masalalarini qayta ko‘rib chiqib yangicha yondashish uchun asos bo‘ladi.

Tahlil va xulosalar:

SSO bilan xastalangan bemorlardagi rivojlangan SChOS sabab va mexanizmlari retrospektiv o‘rganilganda ushbu sindromning patogeneziga quyidagi xolatlar asos bo‘lishi aniqlandi:

- 1.Yalliglanish soxasida maxalliy mikrocirkulyatsiyaning o‘zgarishi - asosan(85%) 2 tipda : giperemik va aralash («spazm-tulakonlilik») tipda, shuningdek, aloxida angiospastik va tulakonlilik xarakterdagi o‘zgarishlar (15%) xam aniqlandi.
- 2.Surunkali produktiv yallig‘lanish natijalari bo‘lgan to‘qimalararo, a‘zolararo bitishma va yopishib ketishlarning, xatto polikistoz va polipozlar rivojlanishlari kichik chanoq a‘zo va to‘kimalarining normal xarakatlanishiga xam mo‘nelik qiladi va ayollarni azoblaydigan og‘riqlar ni keltirib chiqaradi.
- 3.SSO ning uzok, xar xil usullar va antibiotiklar bilan davolash qin, uretra, bachadon bo‘ni bo‘gzi kabi tashki muxit bilan aloqada bo‘ladigan ginekologik a‘zolarida normal mikrofloraning tarkibini buzilishi – biotsenozning buzilishiga sabab bo‘ldi. Bu esa surunkali yallig‘lanish jarayonining yanada uzoqroq saqlanib turishiga sabab bo‘ldi.

Yukoridagilarga asosan quyidagi **xulosalar** chiqarildi:

- 1.SSO bilan bemorlarning retrospektiv ma‘lumotlarini o‘rganish surunkali chanoq og‘rishi sindromining kelib chikishida asosiy o‘rinni to‘kimalardagi mikrocirkulyatsiyaning buzilishi va surunkali produktiv yalliglanish elementlarining chanoq a‘zolarida rivojlanishi tutadi.
- 2.SSO ning noratsional davolash, tez-tez qaytalanishi genital a‘zolar biotsenozi buzilishiga sabab bo‘ladi, bu esa surunkali yalliglanish jarayonini saqlanib qolishiga yordam beradi.
- 3.Yangi tavsiya etilgan yallig‘lanishga qarshi malxam davolanishni tezlashtirishga yordam beradi va chanoqdagi og‘riqning intensivligini kamaytiradi.

**BOLALARDA BRONXIAL ASTMA BILAN BIRGALIKDA ALLERGIK
RINITNING XUSUSIYATLARI**

*Zokirov B. K.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarbligi. Bronxial astma (ba) va allergik rinit (ar) yuqori va pastki nafas yo‘llarining histologik, fiziologik va immunopatologik o‘xshashligi, surunkali allergik yallig‘lanishning tizimli mexanizmlari bilan bog‘liq bo‘lgan komorbid kasalliklardir.

Ar bilan og'rigan bemorlar sog'lom yuzlarga qaraganda astma kasalligiga chalinish ehtimoli 3 marta ko'pdir va odatda rinit 32-49% bemorlarda ba ning shakllanishiga olib keladi. Ar bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi bronxial giperaktivlik (GRB) ga ega, bu rinitning mavjudligi ba uchun xavf omilidir

Tadqiqotning maqsadi. Bolalarda atopik bronxial astma bilan birgalikda allergik rinitning klinik xususiyatlarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Bizning kuzatuvimiz ostida 107 6-18 yoshli bolalar og'irlashuv davrida o'rtacha og'irlikdagi juftliklar va/yoki kechirimlilik bosqichida engil qat'iyatli, intervalgacha bo'lgan bolalar bor edi.

Tadqiqot natijalari. 2,83 marta yil davomida allergik rinit bilan chang kvartiralar bolalar 1 gramm Dermatophagoides turdagi Shomil miqdoriy tarkibi, va sog'lom bolalarda uy chang kvartiralar nisbatan 4,4 barobar yuqori yil davomida allergik rinit va bronxial astma bilan birga.

Bronxial astma bo'lgan bolalarda yil bo'yi va mavsumiy allergik rinitlarning kombinatsiyasi polivalent sezuvchanlikning yuqori darajasi (64,1% va 84% hollarda) bilan tavsiflanadi.

Bolalarda bronxial astma bilan birgalikda allergik rinitning klinik xususiyatlari quyidagilardir: yil davomida allergik rinit bilan mavsumiy va engil shakllarda morbidite tarkibida o'rtacha zo'ravonlik shakllarining ustunligi; klinik ko'rinishlarning polisimptomnostasi mavsumiy va yil davomida allergik rinit bilan kamroq; mavsumiy va yil davomida allergik rinitda yuqori bo'lgan JIOP-organlarning shikastlanishining yuqori darajasi; allergik rinitning mavsumiy va yil davomida rinit.

Allergik rinit va bronxial astma bo'lgan bolalarda immun tizimining neytrofillarning fagotsitik faolligini kamaytirish, CD4+ subpopulyatsiya ulushini kamaytirish, shuningdek t-limfotsitlarning funktsional faolligini kamaytirish orqali t-limfotsitlar sonini kamaytirish; o'rta va yuqori darajadaaffin t - limfotsitlar sonini kamaytirish; to'qima hujayralari madaniyatida limfotsitlarning sitopatogen ta'sirini oshirish, periferik qonda aylanib yuradigan immun komplekslari va umumiy Ig e.

Allergik rinit va atopik bronxial astma bilan og'rigan bolalarda JIOP-organlarni ixtisoslashtirilgan tekshirish zarurligi aniqlandi.

Allergik rinit va atopik bronxial astma bilan og'rigan bolalarni kompleks allergologik tekshirishni o'tkazish, shu jumladan, maishiy, oziq-ovqat va Polen allergenlariga polisensitizatsiyani aniqlash zarurligi aniqlandi.

Allergik rinit va atopik bronxial astma bilan og'rigan bolalarda patogenetik o'zgarishlarni aniqlash uchun periferik qonda neytrofil leykotsitlarning fagotsitik faolli, CD4+, o'rta va yuqori ta'sirli t limfotsitlari, immun komplekslari va umumiy Ig E faolli oshadi.

Xulosa. Yil davomida allergik rinit rivojlanish chastotasi bilan uy chang kvartiralar yilda Dermato-phagoides turdagi Shomil tarqalganligi bog'liqligi aniqlangan allergik rinit va atopik bronxial astma bilan og'rigan bolalar uylaridan Shomil va ularning allergenlarni olib tashlash qaratilgan chora-tadbirlar ahamiyatini oqlaydi.

THE COURSE OF ALLERGIC RHINITIS AND BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Zokirov B.K.

Andijan State Medical Institute

Relevance. Allergic rhinitis (AR) and bronchial asthma (BA) are certainly interrelated diseases. Understanding the mechanisms of the relationship can contribute to the timely diagnosis and increase the effectiveness of therapy for both AR and BA when combined.

The purpose of the study. To conduct a comprehensive assessment of the factors of allergic rhinitis formation in children with bronchial asthma

Material and methods of research. Retrospective studies It will be held in Tashkent and Andijan regions.

The results of the study. We found that smoking of one parent in the family increases the chance of developing severe bronchial asthma by 3 times ($\chi^2=7,684$; $p=0.005$), smoking of both parents – by 3.9 times ($\chi^2=6.56$; $p=0.01$).

Patients with mild bronchial asthma, on the contrary, mainly belonged to the age category of preschool age, and they developed asthma at the age of over 3 years.

Allergic rhinitis in 1/3 of children was accompanied by a mild variant of the course of the disease, making up half of the structure of comorbid allergopathology in severe bronchial asthma ($p<0.01$).

Mothers of patients with severe bronchial asthma were 1.7 times more likely to have a threat of termination of pregnancy ($p<0.01$), there were no statistically significant differences in the frequency of cesarean section, natal trauma and the baby's body weight at birth. Acute respiratory viral infections and bronchitis with almost monthly frequency in the first 3 years of life were 1.3 times more often registered in children with severe bronchial asthma ($p<0.01$). Unfavorable living conditions, living in a passive smoking area also dominated in the group of patients with more pronounced symptoms of bronchial asthma.

The information obtained during the study confirms this. The female phenotype increases the probability of developing a severe course of the disease by 2 times ($\chi^2 = 4.14$; $p= 0.041$).

In addition, the equation includes the age of the child ($\chi^2 =29.46$; $p<0.0001$), which determines the severity of the course of bronchial asthma as the patient grows older; the age of the onset of the disease, which has the inverse value of the standardized coefficient (for the evaluation of the OSH, the inverse indicator was calculated – $1/0.578=1.73$), which reduces the chance of severe asthma by 73% bronchial asthma with an increase in the age of manifestation of the disease ($\chi^2 = 42.50$; $p < 0.0001$).

AR is a risk factor for the development of AD. Understanding the comorbidity of AR and BA in children is of great importance in the practical activities of pediatricians, allergists and otorhinolaryngologists.

In the presence of a combination of AR and BA, it is necessary to conduct adequate therapy in accordance with the severity of each disease, which improves the prognosis of allergic diseases of the respiratory tract.

Conclusion. Timely diagnosis of AR and its adequate therapy can contribute to the prevention of the manifestation of AD. In patients with persistent AR, asthma should be excluded based on anamnesis, clinical manifestations and a study of FVD with an inhalation pharmacological test with a short-acting β_2 -agonist. In patients with AD, it is necessary to exclude the presence of rhinitis based on anamnesis, objective examination and laboratory methods of research.

ИЛК ЁШДАГИ ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ КАСАЛЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА ЗОТИЛЖАМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОР- РЕНТГЕНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ

Абдуллаев Д.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон.

Мавзунинг долзарблиги. Амалиётга кенг доирада таъсир қилувчи кучли антимикроб препаратларини тадбиқ қилиш, даволашни ушлаб турадиган умумий режим ва профилактика тадбирларининг борлигига қарамасдан ўткир герпетик стоматити бор болаларда зотилжам оғир кечмоқда. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватлари

касалликлари орасида герпетик табиатли патологик жараён олдинги ўринларда туради. Болаларда энг кўп ташхисланадиган оғиз бўшлиғи касаллиги, уни 85% ташкил қиладиган ўткир герпетик стоматитдир (ЎГС).

Тадқиқот мақсади: Илк ёшдаги болаларда ўткир герпетик стоматит касаллиги билан оғриган зотилжамнинг клиник-лаборатор-рентгенологик кечиши хусусиятларини ўрганиш асосида даволашни оптималлаштириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Ушбу ишда ЎГС касаллиги бор 28 та болалар (асосий гуруҳ) ва бундай касаллик ривожланмаган, шунингдек тўла даволаниши лозим бўлган ўчоқли-қўшилувчан зотилжам билан оғриган 32 та бола (назорат гуруҳи) ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: ЎГС бор зотилжам билан оғриган бемор болаларнинг 23,5% и 6 ойгача, 53,1% и 1 ёшгача, 33,4% и 2 ёшгача бўлган.

Хулоса: ЎГС бор болаларда ўткир зотилжам оғир кечиши билан ажралиб туради, айниқса беморларда ошқозон-ичак тизимида ўзгаришлар кузатилиб, у зотилжамнинг кечишини оғирлаштиради. Бу эса бизга ЎГС зотилжам билан бирга келганда янада чуқурроқ ўрганишга, янги даволаш тадбирларини кўпроқ қўллашга ва шунингдек ЎГС касаллиги бор болаларда зотилжамнинг даволаш жараёнига кенгроқ ёндашиш кераклигини кўрсатади.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Абдулхакова Р. М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению, заболеваемость ВП составляет 5-10 случаев на 1 тысячу населения. В структуре общей заболеваемости болезней органов дыхания ВП занимает второе место у взрослого населения и первое – у детей. Смертность от ВП колеблется от 5 до 25-50% (2) в зависимости от степени тяжести, механизмов развития и личности пациента (возраст, нутритивный статус, сопутствующие заболевания, состояние иммунной системы и др.), увеличиваясь с ростом число заболеваний верхних дыхательных путей, вызванных пневмотропными вирусами.

Целью настоящего исследования было определение уровня гемоглобина в плазме крови у детей с внебольничной пневмонией (ВП), находящихся на лечении в условиях стационара, и ее роль в течение болезни.

Методы: данное проспективное исследование проводилось на отделение педиатрии многопрофильной детской больницы Андижанской области, Узбекистан, с 1 января 2022 года по 1 марта 2022 года. Педиатрическое отделение, имели право на участие в исследовании. Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS (версия 23.0). Данные нормального распределения выражали как среднее значение \pm стандартное отклонение (mean SD). Для сравнения этих данных использовали Т-критерий независимых выборок (independent samples T-test). Статистическая значимость была определена как $P < 0,05$.

Результаты: Госпитализировано 30 пациентов, из них 47% (14) детей до 3 лет. Тяжелая форма пневмонии наблюдалась у 23 больных, у остальных диагностирована среднетяжелая степень у 23,3% (7 больных). Средняя концентрация гемоглобина в плазме составила 80.6 г/л. При дальнейшем анализе влияния возраста на уровень гемоглобина пациенты были разделены на две группы; пациентов в возрасте до 3 лет и старше. Значения гемоглобина в группе пациентов до 3-х лет (среднее SD = 77.29 г/л, стандартное отклонение = 2.902) не были достоверно выше ($p = 0,073$, 95% CI = 0.622 – 0.886), чем в группе старше 3 лет (83.5 г/л, $p = 0,083$, 95% CI = 0.622 – 0.886).

А также содержание гемоглобина по длительности госпитализации было считано. Мы подразделили пациентов на 2 группы: до 7 дней и больше этого в условиях стационара. Среднее содержание гемоглобина в первой группе составило 82.59 г/л, а на второй группе это составило 78 г/л (р value 0.195-0.204 95% CI 11.665-11.832).

Заключение: Содержание гемоглобина не является значимым триггером для детей в течение внебольничной пневмонии. Ни степень тяжести, ни возраст не были значимо связаны с изменением уровня гемоглобина. А также состояние анемии тоже не сильно изменило ход болезни. Исследования по этой теме должны быть подняты в более высокую степень с большинством групп больных в рандомизированных многоцентровых исследованиях.

ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ И ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ.

*Абдумухтарова М.З., Арзикулов А.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан, г. Андижан*

Актуальность. В клинической медицинской психологии остается актуальным вопрос диагностики ранних признаков нарушения школьной адаптации детей в общеобразовательной школе. Особую научную и практическую значимость представляют изучение и диагностика особенностей адаптации и профилактика ранних признаков ее нарушений у детей, проживающих в разных социально экономических условиях республики Узбекистан.

Результаты исследований за школьниками проживающих в условиях Ферганской долины, позволяют сделать заключение, что адаптационные способности индивида, определяющие возможность адекватной регуляции функционального состояния в период адаптации к микросоциальным условиям, во многом зависят от психологических особенностей личности (А.Ш.Арзикулов, Д.И.Ахмедова., 2005). Именно психика является важнейшим аппаратом приспособления человека к новой для него социальной и экологической среде, а изменение психологических характеристик – наиболее чувствительным индикатором процесса адаптации. Адаптация как процесс оптимального соотношения личности и окружающей среды является важным фактором личностного развития. В соответствии с задачей выявления системообразующих факторов нарушений школьной адаптации детей в массовой школе, проживающих и обучающихся в условиях Ферганской долины, в нашем исследовании мы опираемся на клинико-психолого-педагогический подход.

Цель исследования: выявления надежных прогностических признаков нарушений школьной адаптации у детей и подростков школьного возраста, а также определения возрастных особенностей структурообразования личностных характеристик с ранними признаками нарушения школьной адаптации и с дезадаптацией.

Материал и методы: Нами было проведено исследование с участием детей и подростков в возрасте 9-15 лет, учащихся массовой школы, проживающих и обучающихся в г. Андижан. Общая выборка составила 309 человек. Для изучения клинико-психологических характеристик мы использовали: клинико-биографический метод с целью анализа особенностей воспитания ребенка в семье, особенностей его психического развития; анализ школьных характеристик детей; многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла с целью анализа структуры личности детей; метод изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга.

На основе полученных экспериментальных данных, а также адаптированной А.Ш.Арзикуловым и Д. И. Ахмедовой (2005) формулы Ф.Б. Березина соотнесенной фрустрационной напряженности нами был проведен анализ особенностей психической адаптации детей, выделены 4 группы. 1-я группа – дети 9-11 лет с нормальным уровнем адаптации (ПД=2,2+0,41), успевающих в обучении, 82,1% детей из полных семей; 2-я группа – подростки 12-15 лет с пограничным уровнем адаптации (ПД=4,2+0,44), успевающих в обучении, 80,6% подростков из полных семей; 3-я группа – дети 9-11 лет с высокой границей неустойчивой психической адаптации (ПД=6,2+1,1) в сочетании с трудностями в обучении, жалобами учителей и родителей на непослушание, конфликты в школе и дома, негативизм, упрямство, 52% детей из полных семей; 4-я группа – подростки 12-15 лет с неустойчивой психической адаптацией (ПД=5,7+1,1) в сочетании с трудностями в обучении, жалобами учителей и родителей на частые вспышки гнева, конфликтность, прогулы в школе, непослушание, 52% подростков из полных семей. Таким образом, в 3-ю и 4-ю группы вошли дети и подростки с нарушениями школьной адаптации.

Результаты и их обсуждение. Корреляционные связи выявлены в 1-й группе между значениями индекса психической дезадаптации (ПД) и фактором D (возбудимость) ($r = + 0,33$; $p < 0,05$), фактором A (обратная связь – общительность) ($r = - 0,40$; $p < 0,05$), фактором H (обратная связь – социальная смелость) ($r = 0,60$; $p < 0,01$). Из этого следует, что подростки 9-11 лет с нормальным уровнем психической адаптации (ПА) эмоционально уравновешены, общительны, открыты, успешны в построении социальных отношений. Во 2-й группе выявлены корреляционные связи между индексом ПД и фактором D (возбудимость) ($r = + 0,42$; $p < 0,05$), фактором Q2 (конформизм-нонконформизм) ($r = + 0,43$; $p < 0,05$) и Q3 (обратная связь – низкий самоконтроль) ($r = -0,40$; $p < 0,05$). Подростки 12-15 лет с нормальным уровнем ПА способны к самообладанию и уравновешены, ориентированы на социальное одобрение, конгруэнтны к общественным нормам, контролируют свое поведение. На формирование интегрированного поведения и ПА детей 9-11 лет влияют экзогенные факторы, отражающие аффективную сферу (факторы A, D) и чувствительность вегетативной нервной системы к угрозе (H). С возрастом на способности к адаптации у подростков 12-15 лет наиболее выраженное влияние оказывают уровень поведенческой регуляции и степень осознания социальных требований – ориентация на социальное одобрение и групповое мнение. В 3-й группе выявлены корреляционные связи между индексом психической дезадаптации и фактором D (возбудимость) ($r = + 0,58$; $p < 0,01$), фактором A (обратная связь – общительность) ($r = -0,40$; $p < 0,05$), фактором H (обратная связь – социальная смелость) ($r = - 0,61$; $p < 0,01$), фактором O (тревожность) ($r = + 0,59$; $p < 0,01$). В 4-й группе обнаружены зависимости между показателем ПД и фактором D (возбудимость) ($r = + 0,43$; $p < 0,05$), фактором A (обратная связь – общительность) ($r = - 0,41$; $p < 0,05$), фактором O (тревожность) ($r = + 0,73$; $p < 0,01$), фактором I (чувствительность) ($r = + 0,43$; $p < 0,05$), фактором F (обратная связь – беспокойство) ($r = - 0,43$; $p < 0,05$). Из этого следует, что дети и подростки с неустойчивой ПА отличаются повышенной возбудимостью, повышенной тревожностью, социальной робостью, низким коммуникативным потенциалом.

Выводы. Таким образом, на формирование интегрированного поведения и ПА детей 9-11 лет влияют экзогенные факторы, отражающие аффективную сферу (факторы A, D) и чувствительность вегетативной нервной системы к угрозе (H). С возрастом на способности к адаптации у подростков 12-15 лет наиболее выраженное влияние оказывают уровень поведенческой регуляции и степень осознания социальных требований – ориентация на социальное одобрение и групповое мнение.

Анализ особенностей поведенческих реакций в ситуациях фрустрации по методике С. Розенцвейга выявил, что у детей и подростков с неустойчивой ПА в ситуациях фрустрации отмечается неконструктивность в преодолении препятствий,

тенденция к переоценке их значимости, преобладание самозащитных реакций, восприятие ситуации как объективно (или субъективно) непреодолимой. Проведенное исследование является важным ориентиром в диагностике ранних признаков нарушений школьной адаптации и позволяют разработать комплексную психопрофилактическую и психокоррекционную программу работы с детьми и подростками, проживающими в условиях Ферганской долины.

ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБИМИЗ

Ажимамамов Х. Т.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Андижон вилоятида қизилўнгах атрезияси билан туғилган чақалоқларни аниқлаш ва Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази неонатал хирургия бўлимида операция қилинган болалар сонини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар. 2015 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда қизилўнгах атрезияси билан туғилган 64 нафар бола операция қилинди: дистал трахеозофагиал окма (ДТО) - 48 (75%), юқори ва пастки ҚТО - 1 (1%), окма шакли - 9 (14%), трахеозофагиал ёриқ - 11 %).

Натижалар. 17 та чақалоқда нуқсон антенатал ташхис қўйилган. Қабул қилинган болаларнинг ўртача ёши 1-3 кун. 30 (46%) болада кўплаб туғма нуқсонлар кузатилди: туғма юрак нуқсони - 20, таянч-ҳаракат тизими - 6, ўн икки бармоқли ичакнинг атрезияси (ҳалқали ошқозон ости беши) - 2, КТН - 6. Қа турига ва қўшма касалликнинг хусусиятига қараб, жарроҳлик тактикаси. Бирламчи анастомоз 51 беморда торакотомия амалга оширилди. 8 та ҳолатда, катта диастаз туфайли, Кадерга бўйича алоҳида сервикал эзофагостомия ва гастростомия амалга оширилди. Бир ҳолатда қизилўнгахни диастаз 3 см гача бўлган чақалоқда чўзишга уриниш қизилўнгахнинг проксимал учи чокларининг ушламасликга, медиастинитнинг ривожланишига олиб келди. Трахеозофагиал окма бўлса, Кадерга бўйича алоҳида сервикал трахеоезофагостомия + гастростомия амалга оширилди. Операциядан кейинги асоратлар: анастомоз норасолиги - 8 та ҳолатда (ўз-ўзидан ёпилган), 6 та ҳолатда чандикли торайиш. Қа бўлган болаларда ўлимга олиб келадиган натижалар 9 та ҳолатда. Бир бола оғир қўшимча патология туфайли операция қилинмади, 8 та ҳолат декомпенсацияланган туғма юрак нуқсони туфайли операциядан кейин ўлим қайд этилган.

Хулоса. Қизилўнгах атрезияси даволаш имконити бор нуқсонлардан бўлиб, замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари ва парваришлаш, ҚАни даволаш натижалари оширади.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАМНЯХ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ

Акбаров Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Вопросы лечебной тактики при камнях уретры (КУ), осложненной острой задержкой мочи у мальчиков, требуют неотложного и дифференциального решения в зависимости от локализации, формы, размеров камня, степени и длительности обтурации уретры. Известно, что особую сложность в лечении представляют больные дети, поступившие в поздние сроки с переполненным, напряженным мочевым пузырем и высоким внутрипузырным давлением, обусловленным вклиниванием камня в шейку мочевого пузыря и заднюю часть уретры.

Цель: Разработать лечебную тактику при камнях уретры, осложненной острой задержкой мочи у мальчиков.

Материалы и методы исследования: Для диагностики КУ у больных детей проводились клинико-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические исследования. В клинике за последние 16 лет находились на лечении 114 мальчиков с камнями уретры в возрасте 6 мес - 14 лет: у 105- в задней части уретры, у 86-в передней части уретры, у 23- в ладьевидной ямке. У 66 КУ сочетались с камнями в верхних мочевых путях. У 27 детей до поступления в клинику, в других лечебных учреждениях производились безуспешные попытки низведения камня или опорожнения мочевого пузыря, которые привели к различным осложнениям: ложный уретральный ход - у 8, разрыв слизистой уретры- у 7, мочева флегмона -у 5, абцесс в области промежности - у 3, парауретральная миграция камня – у 3 и у 1 больного (8лет) через 4 года после эпицистотомии, произведённой после перемещения камня из уретры в мочевой пузырь металлическим катетером, в области мошонки образовались 360 мелких камней.

В клинике разработана последовательная консервативная и хирургическая тактика лечения детей с камнями уретры. В связи с особенностями анатомического строения уретры (ткани тонкие, легко ранимые, просвет узкий, наличие изгиба на месте перехода задней части в переднюю) у детей, во избежание различных осложнений (мочевые свищи, рубцовая стриктура, мочева флегмона) удаление камней из уретры путём уретротомии не применяется.

Результаты исследования: Больные дети с камнями уретры, поступившие в поздние сроки с переполненным, напряженным мочевым пузырем и высоким внутривезикулярным давлением, обусловленным вклиниванием камня в шейку мочевого пузыря и заднюю часть уретры, нуждаются в неотложной помощи.

В этих случаях удаление камня консервативным путем невозможно, а удаление его путем уретротомии сопряжено грозным осложнением – развитием рубцовой стриктуры уретры в отдаленном периоде. Поэтому у таких больных камень удаляется путем эпицистотомии после ретроградного перемещения его в полость мочевого пузыря с последующей катетеризацией на 2-3 дня. За это время проводился комплекс урологического обследования для исключения камней в верхних мочевых путях. Ретроградное перемещение камня в мочевой пузырь обычно производится с помощью металлического катетера или путём ретроградного медленного введения через наружное отверстие в уретру теплой смеси глицерина с 0,5% раствором новокаина. Но у больных с вколоченным камнем в задней части уретры и переполненным мочевым пузырем попытка перемещения камня встречает противодействие со стороны внутривезикулярного давления, что представляет несомненный риск для развития ряда осложнений: разрыв уретры, ложный уретральный ход, парауретральная миграция камня из уретры, мочева флегмона, абцесс в области промежности, рубцовая стриктура уретры.

Для исключения вышеуказанных возможных осложнений нами разработан и внедрен в практику способ ретроградного перемещения ущемленного камня задней части уретры в полость мочевого пузыря у детей, сущность которого заключается в следующем: через 10-15 мин. после премедикации димедролом и атропином в возрастной дозировке, под колющим наркозом производят микропункцию мочевого пузыря над лобком по средней линии с помощью 20 гр. шприца с иглой и выпускают мочу. При этом опасность повреждения брюшины минимальна, т.к. переполненный, напряженный и болезненный мочевой пузырь прощупывается высоко над лонным сочленением и отодвигает складку брюшины кверху. После опорожнения мочевого пузыря с помощью шприца через наружное отверстие в уретру медленно вводят 10-15 мл теплой смеси глицерина (или вазелиновое масло) с 0,5% раствором новокаина (1:1). При этом в результате декомпрессии мочевого пузыря камень из

задней части уретры легко перемещается в полость мочевого пузыря. При безуспешности этой процедуры камень проталкивают хлорвиниловым, а при невозможности металлическим катетером соответствующего возраста размера. Тут же устанавливается катетер в мочевой пузырь на 2-3 дня. За это время проводят комплексное урологическое обследование, а удаление камня производят в плановом порядке путем эпицистотомии.

При сочетанных камнях в верхних мочевыводящих путях производится одномоментное удаление их в плановом порядке. При камнях передней части уретры после введения теплого глицерина путем поглаживания пальцами камень продвигается вперед и с помощью инструмента удаляется бескровно. При наличии сужений наружного отверстия производится меатотомия.

У 109 (34,7%) больных камни удалены бескровно, у 105 (60,8%) путем эпицистотомии, после перемещения камня из задней части уретры в мочевой пузырь.

Выводы: При камнях уретры с острой задержкой мочи у мальчиков необходимо принимать дифференцированную лечебную тактику, в зависимости от локализации в уретре, формы, размеров камня, степени и длительности обтурации уретры.

СИЙДИК ТОШ ХАСТАЛИГИ БИЛАН ОИЛАВИЙ КАСАЛЛАНИШ ҲОЛЛАРИ

*Акбаров Н.А., Юлдашев М.А., Акбарова Р.М.
Анджон давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги: Маълумки, сийдик тош касаллигини (СТК) патогенези эндоген ва экзоген факторларга боғлиқдир. Кейинги йиллардаги махсус адабиётлар маълумотлари уролитиази генезида генетик факторларнинг муҳим роль ўйнашини кўрсатмоқда.

СТКнинг ривожланиш жараёнида ирсий факторларни ролини ўрганишга бағишланган илмий ишлар Ватанимиз ва хорижий адабиётларда жуда ҳам кам. М.Д.Жавод-Зода ва ҳаммуаллифларнинг (1981) маълумотига кўра, СТК билан хасталанган бемор болаларнинг оиласидаги қариндошларини уролитиаз билан касалланиш ҳоллари, соғлом болалар оиласидагига қараганда икки баробар кўп учраши кузатилади. В.П.Александров ва ҳаммуаллифларнинг (1993) маълумотларига кўра, икки томонлама нефролитиаз билан хасталанган беморларнинг оила аъзоларида уролитиаз ривожланишига ирсий мойиллик, бир томонлама нефролитиаз билан хасталанган беморларнинг оилаларидагига нисбатан 1,5 баробар кўп учрайди.

Мақсади: Бу ишнинг асосий мақсади – СТК билан хасталанган бемор болалар оиласидаги бошқа қариндошларида ҳам уролитиаз учраши мумкинлиги эҳтимоли борлигини аниқлашга, амалиёт шифокорларининг диққат эътиборини тортишдир.

Текшириш усуллари: СТК билан хасталанган бемор болалар оиласидаги оила аъзоларида клиник белгиларсиз кечувчи СТК ни аниқлаш учун, уларни хар бирини умумий клиник - лаборатор текширишдан ташқари, сийдик чиқарув аъзоларини ультратовуш текширувидан ўтказдик.

Материал: Юқорида келтирилганларни инобатга олиб, биз Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг урология бўлимида даволанган 82 та нефролитиаз билан (57 та бир томонлама, 25 та икки томонлама) хасталанган бемор болаларнинг оила аъзоларини уролитиазга текширдик.

Натижалар: Катта ёшдаги оила аъзоларида СТК аниқланган ҳолларда, уларни катталар учун урологик бўлимларга, болаларда аниқланганда эса, уларни болалар урологияси бўлимига ётқизиб, стационар шароитда хар томонлама комплекс урологик текширишлар ўтказилди ва керакли даво чоралари қўлланилди. Асосан I – даражали қариндошлик оила аъзолари текширилди, яъни отаси, онаси, ака-укаси ва опа-сингиллари. Натижада 16 та (19,4 %) бемор болаларнинг оила аъзоларида СТК

аниқланди. (2 та оилада отасида, 6 та оилада онасида, 6 та оилада ака – укаларида, 6 та оилада опа – сингилларида, 4 та оилада ака – ука ва опа – сингилларида). Улардан 5 таси аввал СТК билан бошқа шифохоналарда, 9 таси эса Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг урология бўлимида операция қилинган. Бир беморнинг отаси буйрак тош касаллиги билан хасталаниб, операция қилинмай вафот этган.

Шуни айтиш керакки, оила аъзоларида СТК аниқланган 16 та оиладан 8 тасида 2 та оила аъзосида, 7 тасида 3 та оила аъзосида, 1 тасида 4 та оила аъзосида СТК аниқланган (3 та ака – укаси ва 1 та синглиси). Текширишлар натижасида аниқланган СТК билан оилавий касалланиш ҳоллари, пробандаларда уrolитиазнинг ривожланишида ирсий факторлар муҳим роль ўйнайди, деб айтишга асос бўла олади ва СТК билан хасталанган бемор болаларни оила аъзоларини профилактик текширувдан ўтказиш зарурлигини тақозо қилади. Бу эса ўз навбатида беморларда клиник белгиларсиз кечувчи СТК ни эрта ташхислашни ва ўз вақтида даволашни ҳамда унинг натижаларини яхшилашни таъминлайди.

Хулоса: Шундай қилиб, оила аъзоларидаги клиник белгиларсиз кечувчи СТК ни эрта аниқлаш ҳамда ўз вақтида даволаш учун, бу хасталикни ирсий характерли бўлиши мумкинлигини инобатга олиб, нафақат даволаниш учун келган СТК билан хасталанган бемор болаларни, балким уларнинг оила аъзоларини ҳам комплекс урологик текширувдан ўтказиш зарур.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАМНЯХ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ.

Акбаров Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Вопросы лечебной тактики при камнях уретры (КУ), осложненной с острой задержкой мочи у мальчиков, требуют неотложного и дифференциального решения в зависимости от локализации, формы, размеров камня, степени и длительности обтурации уретры. Известно, что особую сложность в лечении представляет больные дети поступившие в поздние сроки с переполненным, напряженным мочевым пузырем и высоким внутрипузырным давлением, обусловленным вклиниванием камня в шейку мочевого пузыря и заднюю часть уретры.

Цель: Разработать лечебную тактику при камнях уретры, осложненной с острой задержкой мочи у мальчиков.

Материалы и методы исследования: Для диагностики КУ у больных детей проводились клиничко-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические исследования. В клинике за последние 16 лет находились на лечении 114 мальчиков с камнями уретры в возрасте 6 мес - 14 лет: у 105- в задней части уретры, у 86- в передней части уретры, у 23- в ладьевидной ямке. У 66 КУ сочетались с камнями в верхних мочевых путях. У 27 детей до поступления в клинику, в других лечебных учреждениях производились безуспешные попытки низведения камня или опорожнения мочевого пузыря, которые привели к различным осложнениям: ложный уретральный ход - у 8, разрыв слизистой уретры- у 7, мочева флегмона -у 5, абцесс в области промежности -у 3, парауретральная миграция камня –у 3 и у 1 больного (8лет) через 4 года после эпицистолитотомии, произведённой после перемещения камня из уретры в мочевой пузырь металлическим катетером, в области мошонки образовались 360 мелких камней.

В клинике разработана последовательная консервативная и хирургическая тактика лечения детей с камнями уретры. В связи с особенностями анатомического

строения уретры (ткани тонкие, легко ранимые, просвет узкий, наличие изгиба на месте перехода задней части в переднюю) у детей, во избежание различных осложнений (мочевые свищи, рубцевая стриктура, мочевого флегмона) удаления камней из уретры путём уретротомии не применяется.

Результаты исследования: Больные дети с камнями уретры, поступившие в поздние сроки с переполненным, напряженным мочевым пузырем и высоким внутрипузырным давлением, обусловленным вклиниванием камня в шейку мочевого пузыря и заднюю часть уретры, нуждаются в неотложной помощи.

В этих случаях удаление камня консервативным путем невозможно, а удаление его путем уретротомии сопряжено грозным осложнением - развитием рубцовой стриктуры уретры в отдаленном периоде. Поэтому, у таких больных камень удаляется путем эпицистотомии после ретроградного перемещения его в полость мочевого пузыря с последующей катетеризацией на 2-3 дня. За это время проводилось комплексное урологическое обследование для исключения камней в верхних мочевых путях. Ретроградное перемещение камня в мочевой пузырь обычно производится с помощью металлического катетера или путём ретроградного медленного введения через наружное отверстие в уретру теплой смеси глицерина с 0,5% раствором новокаина. Но, у больных с вколоченным камнем в задней части уретры и переполненным мочевым пузырем попытка перемещения камня встречает противодействие со стороны внутрипузырного давления, что представляет несомненный риск для развития ряда осложнений: разрыв уретры, ложный уретральный ход, парауретральная миграция камня из уретры, мочевого флегмона, абсцесс в области промежности, рубцовая стриктура уретры.

Для исключения вышеуказанных возможных осложнений, нами разработан и внедрен в практику способ ретроградного перемещения ущемленного камня задней части уретры в полость мочевого пузыря у детей, сущность которого заключается в следующем: через 10-15 мин. после премедикации димедролом и атропином в возрастной дозировке, под колющим наркозом производят микропункцию мочевого пузыря над лобком по средней линии с помощью 20 гр. шприца с иглой и выпускают мочу. При этом опасность повреждения брюшины минимально, т.к. переполненный, напряженный и болезненный мочевой пузырь прощупывается высоко над лонным сочленением и отодвигает складку брюшины вверх. После опорожнения мочевого пузыря с помощью шприца через наружное отверстие в уретру медленно вводят 10-15 мл теплой смеси глицерина (или вазелинового масла) с 0,5% раствором новокаина (1:1). При этом в результате декомпрессии мочевого пузыря камень из задней части уретры легко перемещается в полость мочевого пузыря. При безуспешности этой процедуры камень проталкивают хлорвиниловым, а при невозможности металлическим катетером соответствующего возраста размера. Тут же устанавливается катетер в мочевой пузырь на 2-3 дня. За это время проводят комплексное урологическое обследование, а удаление камня производят в плановом порядке путем эпицистотомии.

При сочетанных камнях в верхних мочевыводящих путях, производится одномоментное удаление их в плановом порядке. При камнях передней части уретры, после введения теплого глицерина, путем поглаживания пальцами камень продвигается вперед и с помощью инструмента удаляется бескровно. При наличии сужений наружного отверстия производится меатотомия.

У 109 (34,7%) больных камни удалены бескровно, у 105 (60,8%) путём эпицистотомии, после перемещения камня из задней части уретры в мочевой пузырь.

Выводы: При камнях уретры с острой задержкой мочи у мальчиков, необходимо принимать дифференцированную лечебную тактику, в зависимости от локализации в уретре, формы, размеров камня, степени и длительности обтурации уретры.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алибекова М.Б., Бабаджанова З.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. В последние годы увеличилось число детей с полиорганной недостаточностью различной этиологии. Проблема полиорганной недостаточности не утратила своей актуальности в настоящее время, особенно в плане лечения, в частности, для рациональной антибиотикотерапии.

Цель исследования: изучение микробиологического пейзажа при полиорганной недостаточности у детей с пневмонией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 60 детей в возрасте от 3 мес. до 4 лет с пневмонией, осложненной полиорганной недостаточностью, находившихся в отделение анестезиологии и реанимации интенсивной терапии (ОАРИТ) и в педиатрических отделениях РНЦЭМП за 2021 г.

Всем больным проводились общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева).

Результаты и обсуждение. Поражение правого легкого отмечено у 29 (48,3%) больных, левого - у 16 (26,7%), двухстороннее поражение у 15 (25%) детей.

По данным рентгенологических исследований у 4 (6,7%) отмечалась очагово-сливная пневмония, у 18 (30%) сегментарная и у 38 (63,3%) полисегментарная форма пневмонии. По происхождению, среди наблюдаемых больных у 38 (63,3%) установлена нозокомиальная, у 22 (36,7%) внебольничная пневмония.

Острая дыхательная недостаточность в сочетании с острой сердечной недостаточностью 2 степени отмечались у 22 (36,7%) ребенка, дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с инфекционно-токсической энцефалопатией разной степени - у 20 (33,3%) детей, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с токсическим поражением печени, почек и вторичным энтероколитом с дисфункцией гастроинтестинальной системы - в 18 (30%) случаях.

У 20 (33,3%) детей диагностирована дыхательная недостаточность III степени. Эти дети при поступлении в клинику были переведены по показаниям на принудительно-вспомогательную вентиляцию легких аппаратами SAVINA (Германия), VELLA (США).

При бактериологических исследованиях (микрофлора верхних дыхательных путей из зева) было обнаружено, что наиболее частыми возбудителями являлись грамотрицательные бактерии, среди которых лидирующее место занимает *Pseudomonas aeruginosa* (30%), ассоциации с другими микроорганизмами (*Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* или *Klebsiella pneumoniae*) в 15% случаев. Смешанная микрофлора в контаминации микрофлоры *Streptococcus pneumoniae* + *E.coli* + *Staphylococcus aureus* (10%) и *E.coli* + *Klebsiella pneumoniae* отмечалось в 19% случаев, *Streptococcus pneumoniae* – 27%, *Streptococcus Viridians* - 9% случаев.

При анализе чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность возбудителя *Pseudomonas aeruginosa* выявлена меропенему (45), ципрофлоксацину (42), цефеперазону (31), амикацину (35). Наиболее выражена была устойчивость к амоксициклину (41). При сочетании *Pseudomonas aeruginosa* + *Staphylococcus aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к цефтриаксону (15), амикацину (13), ципрофлоксацину (12), цефепиму (18). Сочетание *Klebsiella pneumoniae* + *E.coli* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона в 89% (17), амикацина 34% (7). При *Streptococcus Viridians* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона в 86%, амикацина 14%.

Таким образом, *Pseudomonas aeruginosa* более чувствительны к меропенему, ципрофлоксацину, цефеперазону, амикацину, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Klebsiella pneumoniae* более чувствительны к цефтриаксону, амикацину, цефепиму. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии. Антибиотикотерапия проводилась введением в лечение не менее двух антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3 поколения+аминогликозиды). В дальнейшем лечение проводилось с учетом микробиологического мониторинга.

Выводы.

1. Интенсивная терапия пневмонии, осложнившейся полиорганной недостаточностью зависит не только от эмпирически подобранной антибактериальной терапии, но и с последующим этиологически подбором антибиотика широкого спектра.
2. Этиологическим фактором пневмонии в наших исследованиях явилась в основном *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте *Staphylococcus aureus*, на третьем *Klebsiella pneumoniae*.
3. Вся выделенная микрофлора более чувствительна к меропенему, ципрофлоксацину, цефеперазону. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алибекова М.Б., Рахимова С.Р., Исмаилова Г.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

Введение: Одним из наиболее часто встречающихся факторов, обуславливающих прогрессирующее ухудшение состояния детей до фатального исхода при синдроме полиорганной недостаточности (СПОН) является нарушение нервной системы, поражение ЦНС в виде вторичного менингоэнцефалита.

Целью исследования - изучение особенностей течения неврологических расстройств у детей раннего возраста с полиорганной недостаточностью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 43 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года с полиорганной недостаточностью. У всех больных в патологический процесс было вовлечено поражение нервной системы. Среди обследованных детей было 24 (55,8%) мальчиков и 19 (44,2%) девочек.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева), рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, НСГ, по показаниям ЭхоКГ, КТ исследование. Все больные осматривались ЛОР-врачом, окулистом, невропатологом и нейрохирургом при первичном обследовании и в динамике.

Результаты исследования: Основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс являлись дыхательная, сердечно-сосудистая, центральная нервная системы.

У 17 (39,5%) из 43 детей явления вторичного менингоэнцефалита к основному заболеванию присоединились на 5 день заболевания. У всех больных детей отмечались выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Наиболее часто встречающимися неврологическими нарушениями у этих больных были расстройства сознания различной степени выраженности. Расстройства сознания до коматозного уровня (от оглушения до глубокого сопора) выявлялись у 10 (85,5%), у 6 (35,3%) детей отмечались судороги клонико-тонического характера. Определяющим

при оценке нарастания тяжести неврологических расстройств, было углубление депрессии сознания с присоединением патологии глазодвигательных и бульбарных нервов. У 3 (17,6%) детей наблюдались глазодвигательные расстройства (косоглазие), у 5 (29,4%) – нарушение глотания. При спинно-мозговой пункции у всех больных давление спинно-мозговой жидкости было повышено, в ликворе небольшой цитоз, небольшое повышение содержания белка.

У 26 (60,5%) детей недостаточность центральной нервной системы проявлялась явлениями инфекционно-токсической энцефалопатией. Клинически у всех детей отмечались гипертермия, холодные конечности на фоне гипертермии, вегетативные расстройства в виде мраморности кожных покровов. У 5 (19,2%) детей отмечались судороги и их эквиваленты, сопор, кома. В периферической крови у всех выявлены низкое содержание эритроцитов, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ ($21,1 \pm 1,5$ мм/ч).

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию (обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии). Симптоматическая терапия включала в себя инфузионно-детоксикационную, седативных препаратов.

Выводы:

1. Неврологические расстройства у больных СПОН возникают в результате постгипоксических и массивных церебральных повреждений, обуславливающих вовлечение структур центральной и периферической нервной системы в патологический процесс.

2. Клиническая картина церебральных поражений при СПОН характеризуется сочетанием менингеальных и общемозговых симптомов.

3. В интенсивной терапии церебральных поражений следует предусматривать прежде всего лечение основного заболевания, эффективную антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную с дегидратационной терапией со своевременной регидратацией, коррекцию ранних признаков осложнений, как отека мозга, что позволяет существенно повысить эффективность интенсивной терапии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Алимова Г.М., Мамарасулова Д.З., Инакова Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Главным диагностическим критерием для проведения программной терапии злокачественных лимфом у детей является морфологическая верификация процесса с иммунофенотипированием. При этом необходимо подчеркнуть, что даже при достаточном количестве исследуемого биопсийного материала морфологический диагноз заболевания нередко затруднен.

Диагноз пациента с лимфопролиферативным заболеванием при первичном обследовании должен состоять из 3 неотъемлемых частей:

1. Диагноз опухоли, сформулированный в соответствии с действующей классификацией всемирной организации здравоохранения.

2. Распространенность процесса - стадия (установленная в соответствии с принятыми классификационными системами)

3. Общее состояние больного (оцененное по международным критериям)

На сегодняшний день ультразвуковое исследование является одним из основных методов визуализации и оценки лимфатических узлов. Плюсами ультразвукового

исследования являются низкая стоимость, проведение исследования в режиме реального времени и высокая разрешающая способность, сравнимая с разрешающей способностью компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. Для оценки поверхностно расположенных лимфатических узлов (шейных, паховых и др.) используют высокочастотные линейные датчики, а для оценки глубоких лимфатических узлов, расположенных забрюшинно, применяют низкочастотные конвексные датчики. Трансректальное и трансвагинальное ультразвуковые исследование позволяет визуализировать лимфатических узлов в области малого таза. Критериями, используемыми для дифференциальной диагностики доброкачественных изменений и опухолевого поражения лимфатических узлов при ультразвуковом исследовании, являются: размер, форма, визуализация ворот лимфатических узлов, эхогенность, четкость, ровность контура, структурные изменения и характер кровотока.

Закключение: Таким образом, биопсия лимфатического узла была и остается завершающим этапом дифференциальной диагностики злокачественных лимфом, специфических гранулематозных заболеваний лимфоузлов и неспецифических лимфаденопатий, но показания к ее своевременному выполнению не определены и устанавливаются или эмпирически или при развернутой клинической картине заболевания. Для улучшения дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных изменений в лимфатических узлов в настоящее время при ультразвуковом исследовании используют дополнительные методы исследования, такие как ультразвуковое контрастирование и эластография. Контрастное усиление при ультразвуковом исследовании получают за счет введения пациенту ультразвуковых контрастов. Немногочисленные исследования, посвященные применению ультразвуковых контрастов при лимфоме, показали, что сосудистый рисунок может сильно варьировать, а иногда даже не отличается от рисунка при воспалительных изменениях лимфатических узлов.

СОСТОЯНИЕ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАНЫМ КАНЦЕР РЕГИСТРА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

*Алимова Г.М., Мамарасулова Д.З., Инакова Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Среди злокачественных опухолей у детей неходжкинские лимфомы составляют 5-7%, у подростков старше 15 лет - до 10%. Распространенность неходжкинской лимфомы у детей и подростков до 18 лет в странах Европы и Северной Америки составляет от 0,6 до 1,5 случаев на 100 000.

В России этот показатель, по данным существующей статистики, находится в таких же пределах. Пик заболеваемости приходится на возраст 5-10 лет, дети до 3-х лет болеют неходжкинской лимфомой крайне редко. До 14 лет преобладают мальчики – соотношение мальчики/девочки среди заболевших составляет ~3,5:1, у подростков ~1,5:1 [4]. Основные варианты неходжкинской лимфомы у детей и подростков: из зрелых (mature) В-клеток -50-60% всех лимфом в этой возрастной группе, лимфобластные Т- и В-клеточные из клеток предшественников (15-20% и 2-5% соответственно); из зрелых или периферических Т-клеток, самая частая из которых – анапластическая крупноклеточная – составляет 8-12 % всех неходжкинских лимфом в этом возрасте, другие периферические Т-лимфомы редки (1-2%).

По данным канцера регистра Республики Узбекистан в 2021 году впервые взятых под учет в возрасте от 0 до 18 лет составила 873 (в 2020 году 824), что составила 7.4 на 100 000 населения. Показатели смертности от лимфомы составила 10%.

Смертность по Андижанской области в возрасте от 0 до 14 лет составила 1.5 на 100 000 населения. Данные показывают, из года в год рост заболеваний злокачественных патологий у детей увеличивается с ростом и рождаемостью населения. И особую роль в патологии имеют лимфопролиферативные патологии (лимфома Ходжкина и неходжинские лимфомы).

Заключение

Очевидно, что успехи лечения и прогноз заболевания, прежде всего, зависят от раннего выявления и своевременно начатой терапии. Однако, несмотря на совершенствование методов диагностики от 41% до 70% пациентов с лимфогранулематозом, и от 54 до 80% больных детей с неходжинской лимфомой поступают для первичного лечения с распространенными и генерализованными - III и IV стадиями заболевания. Это показывает о необходимости проведения профилактических осмотров у детей с целью выявления на предмет лимфопролиферативных патологий и своевременного лечения.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЕ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ

*Алимухамедова Ф.Ш,
Джураев А.М.*

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент, Узбекистан*

Резюме. Высокое стояние лопатки среди ортопедических заболеваний врожденного генеза по частоте встречаемости составляют 0,2-1% и относятся к числу первичных врожденных деформаций. Высокое стояние лопатки является достаточно актуальной, в связи с тем, что при имеющихся классификациях не указаны некоторые формы деформации лопатки, при которых применение общеизвестных методов оперативного лечения не обеспечивает устранения данных деформаций, что в свою очередь побуждает специалистов к дальнейшему изучению вопросов диагностики и лечения. ГУ РСНПМЦТО произведено диагностика и лечение 88 детей с болезнью Шпренгеля за период с 2010 по 2021г. Наши наблюдения показали хороших анатомических результатов в 80,0% наблюдениях и функциональных результатов у 85,0% детей.

Введение. Болезнь Шпренгеля или врожденное высокое стояние лопатки – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки. Ряд вопросов диагностики и лечения врожденного высокого стояния лопатки у детей недостаточно изучены. В проведенных исследованиях недостаточное внимание уделено аномальной форме лопаточной кости. Нуждаются в дальнейших исследованиях вопросы возникновения рецидивов и осложнений после различных операций, недостаточная коррекция деформации, развитие контрактур в суставах верхних конечностей и коррекция формы лопаточной кости при оперативном лечении болезни Шпренгеля у детей.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения болезни Шпренгеля у детей путем разработки новых методов хирургической коррекции деформаций формы лопаточной кости.

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО с 2005 по 2021 годы находились на стационарном лечении 88 детей с врожденным высоким стоянием лопатки в возрасте от 3 до 14 лет. Из них мальчиков

было 24 (27,3 %), девочек – 64 (72,7 %). Для диагностики применяли следующие методы исследования: параклинические, клинические и инструментальные такие как, цифровая рентгенография, ЭНМГ, МСКТ. Оперативное лечение проведено у 90 больных детей, из них произведено коррекцию вогнутой деформации лопаточной кости у 34 больных, коррекцию смешанной деформацией лопаточной кости 28 больных, реконструкции крючкообразной деформации лопаточной кости у 22 больных кроме того, лопаточная кость без деформации было у 5 больных.

Результаты и обсуждение. Наши наблюдения показали, что анатомо-косметические результаты после операции у детей с высоким стоянием лопатки зависели от тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и проведенных операций. Предложенные методы коррекции патологически измененной формы лопатки позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с болезнью Шпренгеля. Удалось достичь хороших анатомических результатов в 80,0% наблюдениях и функциональных результатов у 85,0% детей.

Выводы. Наши наблюдения показали, что для профилактики развития деформаций лопатки по мере роста детей целесообразно всестороннее оценить состояние изменения формы лопаточной кости и произвести коррекцию во время операции. Кроме того, оперативное лечение целесообразно проводить дифференцированно с учетом формы и тяжести заболевания. Обязательным условием является полная коррекция и адаптация к поверхности грудной клетки проксимального отдела и тела лопаточной кости. Нами предложенный метод коррекции патологически измененной формы лопатки позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с болезнью Шпренгеля.

ПНЕВМОПАТИЯНИНГ АТЕЛКТАТИК ШАКЛИДАН ВАФОТ ЭТГАН ЧАҚАЛОҚЛАР БОШ МИЯСИ НЕРВ СТРУКТУРАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ

Аманова Г.У., Жуманов З.Э.

Самарканд давлат тиббиёт университети

Мавзунинг долзарблиги. Эртачи неонатал даврининг биринчи кунларида болалар ўлимининг бевосита сабаблари 70-80% ҳолларда турли этиологияли нафас тизими фаолиятининг бузилиши бўлиб қолмоқда Перинатал тиббиётнинг бугунги кундаги салмоқли ютуқларига қарамасдан, ЖССТ маълумотларига кўра, ўткир нафас бузилиши синдроми чақалоқларнинг перинатал ўлимида нафақат етилмай туғилган чақалоқлар ичида, балки етилиб туғилган чақалоқлар ичида ҳам етакчи ўринлардан бирини эгаллаб турибди. Пневмопатиянинг ателектатик шакли, пневмопатиялар ичида етакчи ўринни эгаллаб турибди. Пневмопатиялар неонатолог ва педиатрлар олдида турган муҳим ва долзарб муммолардан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: пневмопатиянинг ателектатик шаклидан вафот этган чақалоқлар бош миёси нерв структурасининг патоморфологиясини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Пневмопатиянинг ателектатик шакли билан туғилиб вафот этган янги туғилган 42 чақалоқларнинг жасадлари текширувдан ўтказилди. Вафот этган чақалоқлар 3-15 кунгача яшаган. Шулардан 31 нафари эркак жинсига, 11 нафари аёл жинсига мансуб. Махсус гистологик текшируви учун материал бош миёнининг қуйидаги қисмларидан олинди: пўстлоқ ва унинг остига туташган оқ модда. Олинган тўқима бўлакчалари 10% нейтрал формалинда фиксация қилинди, спиртли батарея орқали ўтказилди, парафинли блоklar тайёрланди. Тайёрланган гистологик қирқмалар гематоксилин ва эозин, Ниссл ва Маллори усули билан бўялди. Бош миё нейронлари ва томирларининг улуши Г.Г. Автандиловнинг нуқтали тури билан ўлчанди. Маълумотларни математик қайта ишлаш учун ўртача арифметик М,

нисбий қийматларнинг хатоси m ва фарқнинг ишочлилик коэффиценти t ни аниқлаш учун Стъюдент усули қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Пневмопатиянинг ателектатик шакли туфайли вафот этган янги туғилган чақалоқлар бош мияси макроскопик текширувдан ўтказилганда юмшоқ пардасининг тўлақонлиги ва тарқоқ қон қуйилиш ўчоқлари ҳамда шишинганлиги аниқланади. Микроскопик текширув ўтказилганда, бош мия ярим шарлари пўстлоқ қисми нейронларида ишемик типдаги ўзгаришлар, ядросининг экцентрик жойлашган, пикнотик, цитоплазмасида вакуолли дистрофия аниқланади. Аксарият нейронларда пирамидал шаклланиш яққол кўзга ташланмайди. Нейронларда бўжмайиш белгилари, ўсиқлари калталашган, йўғонлашган ва сателитоз жараёни аниқланади. Нейронлар атрофида кучсиз шишиниш аниқланади. Нейропил ёруғлашган. Нейронлар атрофида глиоцитлар сони ошган бўлиб, баъзи глиоцитлар устун кўринишида бир қатор бўлиб жойлашган. Ядроси марказда жойлашган, цитоплазмаси ёруғлашган, айрим глиоцитларнинг ядроси аниқланмайди. Нейрон ва перичеллюляр бўшлиқлар эгаллаган майдоннинг морфометрик кўрсаткичлари қуйидагича: Нейрон эгаллаган майдон ўлчами $0,41 \pm 0,06$ га тенг бўлса, перичеллюляр бўшлиқ ўлчами ўртача $0,82 \pm 0,1$ га тенг. Пневмопатиянинг ателектатик шаклидан вафот этган чақалоқлар бош мияси пўстлоқ қаватида нейрон эгаллаган майдон 33 % ни ва перичеллюляр бўшлиқ эгаллаган майдон эса, 67 % ни ташкил этади. Пневмопатиянинг ателектатик шаклидан вафот этган чақалоқлар ўпка тўқимаси нотекис тўлақонли, тарқоқ қон қуйилишлар, алвеолаларнинг ателектаз ва дистелектази аниқланади.

Хулоса. Юқоридаги маълумотлардан кўришиб турибдики, пневмопатиянинг ателектатик шакли туфайли вафот этган янги туғилган чақалоқлар бош мияси, ярим шарлар пўстлоғидаги нейронларида ишемик типдаги патоморфологик ўзгаришлар аниқланади. Бундай патоморфологик ўзгаришлар нафақат ўпка ателектази билан кураш олиб бориш, балки бош мия нейронлари фаолиятини яхшиловчи чора-тадбирлар олиб борилиш лозимлигини кўрсатади.

ПНЕВМОПАТИЯНИНГ АТЕЛКТАТИК ШАКЛИ БИЛАН ТУҒИЛИБ ВАФОТ ЭТГАН ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР БОШ МИЯСИДАГИ ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Аманова Г.У.

Самарканд давлат тиббиёт университети

Мавзунинг долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда ўртача ҳар ўнинчи ҳомиладорлик етилмасдан туғилиш билан тугайди ҳамда 15 миллионга яқин етилмасдан туғилган чақалоқларнинг 1 миллиони бир кунчида вафот этади. Перинатал тиббиётнинг бугунги кундаги салмоқли ютуқларига қарамасдан, ЖССТ маълумотларига кўра, ўткир нафас бузилиши синдроми чақалоқларнинг перинатал ўлимида нафақат етилмай туғилган чақалоқлар ичида, балки етилиб туғилган чақалоқлар ичида ҳам етакчи ўринлардан бирини эгаллаб турибди.

Тадқиқот мақсади: пневмопатиянинг ателектатик шакли билан туғилиб вафот этган янги туғилган чақалоқлар бош миясидаги қон томирларининг морфологик ўзгаришларини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Пневмопатиянинг ателектатик шакли билан туғилиб вафот этган янги туғилган 42 чақалоқларнинг жасадлари текширувдан ўтказилди. Вафот этган чақалоқлар 3-15 кунгача яшаган. Шулардан 31 нафари эркак жинсига, 11 нафари аёл жинсига мансуб. Махсус гистологик текшируви учун материал бош миянинг қуйидаги қисмларидан олинди: пўстлоқ ва унинг остига туташган оқ модда. Олинган тўқима бўлакчалари 10% нейтрал формалинда фиксация қилинди,

спиртли батарея орқали ўтказилди, парафинли блоклар тайёрланди. Тайёрланган гистологик қирқмалар гематоксилин ва эозин, Ниссл ва Маллори усули билан бўялди. Бош мия нейронлари ва томирларининг улуши Г.Г. Автандиловнинг нуқтали тури билан ўлчанди. Маълумотларни математик қайта ишлаш учун ўртача арифметик M , нисбий қийматларнинг хатоси m ва фарқнинг ишочлилик коэффиценти t ни аниқлаш учун Стъюдент усули қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Пневмопатиянинг ателектатик шакли туфайли вафот этган янги туғилган чақалоқлар бош мияси макроскопик текширувдан ўтказилганда юмшоқ пардасининг тўлақонлиги ва шишинганлиги аниқланади. Микроскопик текширувда бош мия қон томирларининг, қон шаклли элементларининг мавжудлиги ва деворида шишиниш белгилари аниқланади. Периваскуляр бўшлиқ бироз кенгайганлиги кузатилади. Микроциркулятор ўзан томирлари бўшлиғида шаклли элементлар мавжуд бўлиб, периваскуляр шишини кузатилади. Қон томир ва периваскуляр бўшлиқлар эгаллаган майдоннинг морфометрик кўрсаткичлари куйидагича: қон томир ўртача ўлчами $2,17 \pm 0,11$ га тенг бўлса, периваскуляр бўшлиқ ўлчами ўртача $1,12 \pm 0,12$ га тенг. Пневмопатиянинг ателектатик шаклидан вафот этган чақалоқлар бош мияси пўстлоқ қаватида қон томир эгаллаган майдон 66 % ни, периваскуляр улуши эса, 34 % ни ташкил этади. Пневмопатиянинг ателектатик шаклидан вафот этган чақалоқлар ўпка тўқимаси нотекис тўлақонли, тарқоқ қон қўйилишлар, алвеолаларнинг ателектаз ва дистелектази аниқланади.

Хулоса. Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, пневмопатиянинг ателектатик шакли туфайли вафот этган янги туғилган чақалоқлар бош мияси, ярим шарлар пўстлоғидаги қон томирларидаги патоморфологик ўзгаришлар бевосита гипоксик характерга эга. Бу эса, алвеолаларнинг ателектатик жараёнининг тезда бартараф этилмаслиги туфайли юзага чиқади.

СТРУКТУРА ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ В ОЧАГЕ АСКАРИДОЗА

*Атаджанова Ш., Худайбердиева Г.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт*

Тяжесть и течение гельминтозов у детей, прежде всего, зависит от низкой иммунологической толерантности детей, что зависит от возраста и степени отягощенности глистами, поливалентностью их инвазии, действием продуктов обмена последних на многие органы и системы растущего организма.

Цель исследования. Влияние гельминтов на организм человека многогранно и в основном связано с их механическими, токсическими, антигенно-сенсibiliзирующими воздействиями.

В связи с этим актуальным является изучение структуры глистных инвазий, их поливалентности в очаге эндемии аскаридоза, что явилось задачей настоящего исследования.

Материал и методы исследования.

Исследованы 63 детей в возрасте 1–17 лет, в Сохском районе Ферганской области, который является эндемическим очагом аскаридоза. Проводились общеклинические и лабораторные методы исследования. Субъективная и объективная оценка клинической картины паразитозов у детей изучена согласно анкеты, составленной сотрудниками кафедры детских болезней, неонатологии и неотложной педиатрии АндГосМИ с учетом рекомендации НИИ паразитологии РУз. Копрологические исследования (макро- и микрогельминтоскопии) проводились согласно рекомендации Калантарян, включающий соскоб из перианальных складок, мазок - отпечаток, способ обогащения.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты нашего исследования показали, что инвазивность глистами у детей и подростков с возрастом увеличивается, соответственно возрасту 5-9, 10-14 и 15-17 лет (26,9%, 28,6%, 38,1%), по сравнению детей 1-4 лет (6,4%, $P < 0,01 - 0,001$). Отмечается некоторой половой дисморфизм в инвазивности глистами детей, т.е. у девочек возрасте 5 - 9 лет (17,5% против 9,5%, $P < 0,05$) и 15-17 лет (25,9% против 12,7%, $P < 0,05$) инвазивность выше, чем у мальчиков.

Как видно из данных моноинвазии глистами в данном регионе выше, чем полиинвазии (69,8% и 30,2%, $P < 0,01$).

Среди моноинвазии существенную долю детей составляет аскаридоз (46,0%, $P < 0,001$) и гименолепидоз (25,8%). В структуре полиинвазии несколько выше доля сочетания аскаридоза с трихоцефалезом (11,1%, $P < 0,05$), аскаридоза с гименолепидозом (9,52%, $P > 0,05$), чем сочетание аскаридоза и трихоцефалеза с гименолепидозом (4,76%) и гименолепидоза с энтериобиозом (4,76%).

Следовательно, в очаге аскаридоза у детей полиинвазии глистами существенно выше (30,2%), что усугубляет тяжесть и течение клинической картины паразитозов.

Таким образом, несмотря на значительные успехи в диагностике и терапии гельминтозов среди детей и подростков, в эндемическом очаге аскаридоза моно- и полиинвазии глистами остаются выше, что требует дальнейших углубленных научных исследований.

Выводы.

1. В эндемическом очаге аскаридоза среди детей и подростков существенно выше моно- и полиинвазии с участием аскаридоз.

2. Инвазивность глистами у детей с возрастом увеличивается, а среди дошкольников и учащихся доля девочек с гельминтозами выше, чем у мальчиков.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЭСТРОГЕН СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН ПОСТКАСТРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Ахматова Д.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сино.

В многочисленных исследованиях указано, что эстрогены обладают кардиопротекторным действием. Прямой сосудорасширяющий эффект эстрогенов в сочетании со снижением сердечного выброса объясняет более низкий уровень АД у женщин репродуктивного возраста. **Цель исследования** - оценить эффективность трансдермального препарата Лензетто в комбинированном лечении артериальной гипертензии у женщин посткастрационным синдромом. Нами проанализированы параметры функционального состояния сердечно-сосудистой системы у женщин с АГ, постменопаузальном периоде по данным суточного мониторинга АД, ЭКГ, показатели гормонального профиля, костной плотности по данным ультразвуковой денситометрии. **Материалы и методы исследования.** Обследовано 60 женщин, страдающие гипертензивным синдромом в возрасте от 48 до 55 лет, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в отделении ранней реабилитации Бухарского перинатального центра Бухарской области. Все женщины находились в состоянии перименопаузы, имели признаки климактерического синдрома (КС), страдали артериальной гипертензией I – II степени. Обследуемые были разделены на 2 группы: основную и контрольную. 48 женщин основной группы на фоне базовой антигипертензивной терапии фармадипином (5,0-10 мг/сут.) получали лензетто 1 нажатие спрея 1 раз в сутки в течении 3 месяца

непрерывно; 12 женщин контрольной группы получали только базовую антигипертензивную терапию- только фармадипин в той же дозе. Препаратом, отвечающим указанным выше требованиям, является Лензетто. Целесообразность продолжения лечения должна оцениваться каждые 3-6 месяцев. Комплексное обследование включало общеклинические и функциональные (ЭКГ, суточное мониторирование АД,) и биохимические методы (уровни содержания эстрадиола, прогестерона и ФСГ в сыворотке крови). **Результаты исследования и их обсуждение.** У обследуемых женщин, наряду с АГ, регистрировали те или иные признаки климактерического синдрома. Ранние симптомы наблюдали у 55 женщин (91%) в виде вазомоторных и психоэмоциональных нарушений, таких как приливы, сердцебиение,; 48 (79%)- имели средние симптомы КС (урогенитальные и кожные); 34 (58%)- поздние проявления КС, такие как остеопороз и ИБС. После трехмесячного курса лечения у 85% пациенток основной группы уменьшились, а у некоторых исчезли головные боли и головокружения, у 70%- исчезли кардиалгии, у 64%-приливы, потливость, нормализовался сон. Все эти изменения значительно улучшали качества жизни больных. В контрольной группе положительная клиническая динамика была менее выраженной.

Анализируя показатели плотности массы, по данным денситометрии, пяточной кости, через три месяца лечения у больных лензетто, выявлен прирост показателя костной плотности на $4,7 \pm 1,2\%$ в основной группе, в контрольной группе показатель существенно не изменился.

При оценке гормонального профиля женщин с АГ в перименопаузальном периоде, по данным определения содержания эстрадиола, прогестерона и ФСГ в сыворотке крови, после комплексного лечения отмечено повышение уровней половых гормонов с одновременным снижением уровня ФСГ у больных, получавших дополнительно трансдермальную гормональную терапию.

Учитывая все выше указанные благоприятные эффекты препарата лензетто на клинические проявления, гемодинамические показатели функционирования сердечно-сосудистой системы, гормональный фон, минеральную плотность костей препарат можно рекомендовать не только как дополнительное лечебное средство для женщин с АГ, но и, возможно, для первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациенток в перименопаузальном периоде.

Таким образом, включение лензетто в комплексное лечение больных с АГ в перименопаузальном периоде благоприятно влияет на суточный профиль АД, гемодинамические показатели и повышает уровень жизни женщин.

ТЕХНОЛОГИИ НЕЙРОДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА

¹Ахмедиев М.М., ¹Давлетярова У.М., ²Ахмедиев Т.М.

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, ²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Врождённые спинномозговые грыжи являются широко распространённым пороком развития центральной нервной системы. По данным разных авторов, спинномозговые грыжи шейной локализации отмечаются в 7,5%, грудной – в 10%, поясничной – в 60%, крестцовой – в 22,5% случаев (Еликбаев Г.М.,2008; Мартыненко А.А., 2010). Врожденные дизрафические пороки развития каудального отдела позвоночника и спинного мозга у детей вызывают тяжелые двигательные, чувствительные, тазовые и трофические расстройства.

Цель исследования: уточнить информативность методов нейродиагностики детей с синдромом фиксированного спинного мозга.

Материал и методы исследования. Материал сообщения составил 24 ребенка с первичным синдромом фиксированного спинного мозга и 17 детей с вторичным синдромом фиксированного спинного мозга. Комплексная диагностика больных с синдромом фиксированного спинного мозга включала клинико-неврологическое исследование, ультразвуковое и МРТ исследование содержимого позвоночного канала на предмет определения уровня расположения конуса спинного мозга (при синдроме фиксированного спинного мозга *conus medullaris* располагается ниже уровня промежутка L₁₋₂ или ниже уровня тела L₂ позвонка в зависимости от возраста и пола больного).

Методы нейровизуализации были направлены на оценку сопутствующих структурных изменений ЦНС в виде мальформации Киари, гидроцефалии, сирингомиелии. В качестве скрининговой методики использовалась ультразвуковая спондилография, которая информативна в выявлении аномально низкого расположения конуса спинного мозга. Сравнены диагностические возможности выявления нижней границы конуса спинного мозга в позвоночном канале с помощью МРТ и ультразвуковой спондилографии. Последняя методика важна для скрининга новорожденных детей (наряду с ультрасонографией головного мозга), а также больных с дизрафией каудальных отделов позвоночника и спинного мозга в ранней диагностике синдрома фиксированного спинного мозга. Визуализация мозга должна быть частью начальной оценки ЦНС и, в частности, с поиском венрикуломегалии или мальформации Киари. Особенно важно оценить мозг ребенка с шунтированной гидроцефалией для выявления дисфункции шунта до дефиксации спинного мозга. У новорожденных ультразвук позволяет адекватно определить положение конуса и является наиболее подходящим и недорогим начальным скрининговым тестом для оценки мозга ребенка с подозрением на интраспинальные липомы и диастематомиелию.

Результаты исследования. Дизрафии каудального отдела позвоночника и спинного мозга являются причиной жесткого прикрепления конуса спинного мозга в позвоночном канале, что ограничивают его физиологическую мобильность при сгибательных движениях позвоночника, а также, по мере роста ребенка препятствуют возрастному смещению конуса спинного мозга кверху - от уровня L₄ позвонка у новорожденных до L₁ в старшем возрасте. Послеоперационные рубцы и сращения могут мобилизовать спинной мозг на «новорожденном» уровне и в дальнейшем приводить к развитию синдрома фиксированного спинного мозга (Hoffman J. H., 1976; S. Yamada et al., 1981). При подтверждении аномально низкого расположения конуса спинного мозга, в случаях его фиксации, 39 (95,1%) больным произведена операция, ключевым моментом которой являлись мобилизация спинальных структур и восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в позвоночном канале, улучшение гемо- и ликвороциркуляции. Родители 2 (4,9%) детей отказались от оперативного вмешательства.

Контрольное МРТ исследование позвоночника и спинного мозга являлось важным методом объективизации структурных послеоперационных изменений. Критериями высвобождения спинного мозга являлись: ретракция конуса спинного мозга в ростральном направлении, отсутствие признаков дорсальной фиксации дистальных отделов спинного мозга и корешков конского хвоста, уменьшение сирингомиелии при ее наличии до операции. В нашей группе пациентов смещение конуса спинного мозга в ростральном направлении составило более 2 см у 61,1% детей, 1,5 см у 20,7% детей, 1 см у 15,7% ребенка, при этом конус и корешки спинного мозга после операции имели центральное расположение в позвоночном канале. У 1 ребенка положение конуса осталось без динамики. Сирингомиелия регрессировала во всех случаях. В подавляющем большинстве конус спинного мозга имел дорсальное расположение. Следует отметить, что МРТ-исследование проводили в положении на

спине и это не дает однозначного ответа о наличии или отсутствии дорсальной фиксации спинного мозга.

МРТ является определяющим диагностическим исследованием для детей с фиксированным спинным мозгом. Следует выполнять МРТ мозга и всего позвоночника у всех пациентов, так как МРТ может обнаружить весь спектр дизрафического состояния спинного мозга и позвоночника на всем их протяжении. Только по результатам МРТ можно определить хирургическую тактику при синдроме фиксированного спинного мозга. Кроме того, положение конуса может быть точно определено, как и ассоциированные состояния (сирингомиелия, гидромиелия, дермоид, эпидермоид, арахноидальная киста). МРТ-исследование в диагностике синдрома фиксированного спинного мозга является "золотым стандартом". Показатели информативности (чувствительность и специфичность) этого метода диагностики достаточно высоки.

Выводы.

1. Для диагностики составляющих структурных признаков синдрома фиксированного спинного мозга ведущим методом нейрордиологии является МРТ.
2. МРТ позволяет решить проблемы, связанные с нейрордиологией синдрома фиксированного спинного мозга. Этому способствуют хорошая визуализация структур задней черепной ямки, краниовертебрального перехода, спинного мозга, отсутствие артефактов от костных структур.
3. Практическое значение приобретает не только выявление патологических изменений, но и корреляция их с клиническими проявлениями синдрома фиксированного спинного мозга.
4. Диагностика детей со спинальными дизрафиями должна включать технологии информативных методов нейровизуализации структур головного и спинного мозга, что позволит объективизировать клинические признаки порока, их сочетание и обосновать этапность и преемственность лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

АХМЕДОВ Ф. Х.

*Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино,
город Бухара Республика Узбекистан.*

Желчнокаменная болезнь - самое распространенное заболевание органов пищеварения, ею болеют, по данным ВОЗ, до 10-15% взрослого населения. У 10-14% больных данная патология осложняется холедохолитиазом, что создает определенные сложности выбора оптимального метода лечения таких больных. Выбор метода оперативного лечения больных с холедохолитиазом остается дискуссионным. Большинство хирургов предлагают производить эндоскопическую сфинктеропапиллотомию с извлечением конкрементов перед выполнением лапароскопической холецистэктомии. Однако такая тактика двухэтапного лечения приводит к увеличению числа осложнений, характерных для каждой из операций. В последнее время все шире используются лапароскопические вмешательства на желчных протоках. В настоящем сообщении изучены результаты лапароскопических и эндоскопических вмешательств у 276 больных с холедохолитиазом. С 2011 по 2021 год ЛХ выполнена у 2239 больных желчнокаменной болезнью, 78% из них - женщины. 1290 пациентов оперированы по поводу хронического холецистита, 949 - в связи с острым холециститом. Возраст варьировал от 6 до 83 лет. Средний возраст - $56 \pm 6,5$ лет. Предоперационное обследование включало общеклинические, биохимические и ультразвуковое исследование у всех больных. Клинико-лабораторные симптомы холедохолитиаза с механической желтухой были выявлены у 194 пациентов. Всем им выполнена ЭРХПГ, во время которой у 186 больных выявлены конкременты в

холедохе. Больным произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 182 (97,8%) удалось извлечь конкременты из холедоха и через 2 - 3 суток после папиллосфинктеротомии больным выполнена ЛХ. У 4 больных, которым 2 не удалось извлечь конкременты из холедоха из-за больших размеров, выполнена открытая холецистэктомия. Во время лапароскопической холецистэктомии при подозрении на холедохолитиаз, производилась интраоперационная холангиография, которая была выполнена у 346 (15,5%) пациентов. Конкременты в протоках выявлены у 90 (4%) больных. У 12 больных с холедохолитиазом произведена конверсия, конкременты извлечены во время открытой холедохолитотомии с дренированием протоков Т-образным дренажем по Керу. В данной группе больных серьезных осложнений не наблюдалось. У 40 больных было выполнено лапароскопическое извлечение конкрементов из протоков. Из них у 28 - через пузырный проток. Извлечение конкрементов производилось под контролем фиброхоледохоскопа диаметром 3,8Fс корзиной Дормиа. У 7 пациентов операция завершилась наружным дренированием холедоха. У 21 пациентов был установлен стент диаметром 2 мм, дистальный конец которого находился в двенадцатиперстной кишке, пузырный проток клипировался. У 12 больных произведена лапароскопическая холедохолитотомия. Через холедохотомическое отверстие вводился фиброхоледохоскоп, с помощью которого осматривали проксимальные и дистальные желчные протоки и извлекали конкременты. Затем у 4 больных было выполнено наружное дренирование холедоха Т-образным дренажом. У 8 больных вводили транспапиллярный билиарный стент и холедохотомическое отверстие ушивали наглухо. Лапароскопическое вмешательство заканчивалось контрольной холангиографией. В группе больных, которым выполнялось извлечение конкрементов через пузырный проток, среднее пребывание в стационаре составило $5 \pm 2,5$ дня, а при выполнении лапароскопической холедохотомии - $10,2 \pm 4,5$ дня. Из 186 больных, которым до выполнения ЛХ производилась эндоскопическая сфинктеропапиллотомия, у 10 больных (5,4%) наблюдались осложнения: острый панкреатит, кровотечение из рассеченной папиллы, которые не потребовали оперативного лечения. ЛХ после эндоскопической сфинктеропапиллотомии не сопровождалась серьезными техническими проблемами, подтекания желчи из культы пузырного протока не было ни в одном случае. Среднее пребывание в стационаре этой группы больных составило $6,5 \pm 3$ дня. Летальных исходов у больных после лапароскопических вмешательств не было.

Таким образом, наш опыт показал, что у больных с холедохолитиазом конкременты могут быть извлечены как эндоскопическим методом, так и во время лапароскопического вмешательства. Лапароскопическим вмешательствам на желчных протоках присущи все преимущества миниинвазивных методов лечения. Наилучшие результаты наблюдаются у тех больных, которым удалось извлечь все конкременты через пузырный проток, а установка билиарного стента позволяет клипировать пузырный проток без наружного дренирования.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н. Бухарского медицинского института имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

Преэклампсия, в частности, является одним из наиболее опасных осложнений беременности. Преэклампсия часто проявляется впервые возникшей гипертензией и протеинурией в третьем триместре и может быстро прогрессировать до серьезных осложнений, включая смерть как матери, так и плода.

Цель исследования: провести анализ исхода беременности и родов, течение раннего неонатального периода у новорожденных родившихся у матерей с преэклампсией.

Материалы и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации в период 2019-2020гг. в родильных стационарах г. Бухары. В исследование были включены 300 пар «мать – новорожденный». Из них группу I- основную составили 100 детей у пациенток с преэклампсией, в том числе группа I-A 50 новорожденных родившихся у матерей с ранней (до 34 недели) и I-B с поздней преэклампсией (после 34 недели) ; группу II-сравнения – 200 младенцев, родившихся при физиологически протекающей беременности.

Критериями включения в исследование явились: одноплодная беременность с клинической манифестацией преэклампсии для основной группы и беременность, не осложненная течением преэклампсии – для группы сравнения. Проведен анализ анамнестических данных женщин, особенностей течения беременности, родов, характера родоразрешения, течения раннего неонатального периода новорожденных. Состояние детей при рождении оценивали по шкале Апгар на 1 и 5 минут.

Обследование новорожденных в зависимости от их состояния и наличия клинических показаний включало в себя лабораторные методы исследования: клинический и биохимический анализы крови, определение уровня С- реактивного белка, общий анализ мочи; инструментальные методы (по показаниям) ультразвуковая диагностика, рентгенографическое исследование органов грудной клетки и брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждение.

На первом этапе исследования были изучены данные анамнеза пациенток. при проведении однофакторного анализа выявлено, что имеется достоверная связь между возрастом женщины и риском развития преэклампсии, сто соответствует данным литературы о связи этих показателей. Как правило, в большинстве случаев преэклампсия встречалась у первородящих женщин 35,2% и 10,2% у пациенток контрольной группы.

В исследованиях, проведенных в США было выявлено, что существенный вклад в развитии преэклампсии отводится не только ожирению ($ИМТ > 30,0 \text{ кг/м}^2$), но и избыточному весу женщины ($ИМТ = 25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$). В ряде работ также отмечено, что повышение ИМТ на $5-7 \text{ кг/м}^2$ выше 30 кг/м^2 , примерно в 2 раза увеличивает риск развития преэклампсии.

При изучении антропометрических данных пациенток нами было выявлено, что на момент наступления беременности в 68,4% случаев у женщин, беременность которых осложнилась ПЭ, отмечался избыточный вес, в группе сравнения этот показатель составлял всего 26,7%.

Кроме того, нами установлено, что риск развития ПЭ статистически значимо выше у пациенток с заболеваниями сердечно – сосудистой системы (25,2 и 2,7 по группам соответственно.) и с заболеваниями почек и мочевыводящих путей (31,5 и 10,5%). Значимыми осложнениями течения беременности ($p > 0,05$) явились: угроза прерывания беременности в I –триместре ($n = 36; 36\%$) и ($n = 20; 10\%$) по группам соответственно. Во II триместре значимых различий выявлено не было. В III триместре преобладала задержка роста плода- ($n=15;15\%$ и $n=6; 3\%$) и структурно – функциональная недостаточность плаценты ($n= 21;21\%$ и $n=10; 5\%$), а также маловодие ($n= 19;19\%$ и $n 11;5,5\%$).

Учитывая структуру заболеваемости, тяжесть патологических изменений, а также гестационный возраст новорожденных основной группы, 35,5%детей потребовали интенсивного наблюдения, проведения терапии в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных и последующего перевода на второй этап

выхаживания, а в группе с физиологическим течением беменности всего 10,5% соответственно. Продолжительность госпитализации в стационаре была достоверно выше у новорожденных основной группы ($p < 0,01$) и составила в среднем $10,6 \pm 9,5$ дней и $3,4 \pm 2,7$ дней, по группам соответственно.

Проведенное исследование показало, что преэклампсия оказывает негативное влияние на состояние плода и новорожденного. От 10 до 25% индуцированных преждевременных родов связано с возникновением данного грозного осложнения беременности – преэклампсии. Тяжесть состояние новорожденных в раннем неонатальном периоде и риск неонатальных осложнений имеют прямую корреляционную зависимость от сроков возникновения и степени тяжести преэклампсии.

Таким образом, прогноз заболеваемости у новорожденных, а также прогноз тяжести неонатальных исходов напрямую зависят от сроков родоразрешения; поэтому акушерская тактика в отношении пациенток, беременность которых осложнилась преэклампсией, должна быть основана на качественной оценке состояния и матери, и плода. На сегодняшний день своевременное решение вопроса адекватного выбора акушерской тактики, а также оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи новорожденным, являются приоритетной задачей родовспомогательных учреждений на всех этапах наблюдения и лечения.

РОЛЬ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ахмедов Ш.Х., Шоназаров И.Ш., Камолидинов С.А.

*Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета
последипломного образования*

Самаркандский государственный медицинский университет

Одним из важнейших симптомов острого панкреатита является синдром внутрибрюшной гипертензии – симптомокомплекс, развивающийся вследствие повышения внутрибрюшного давления. Вследствие нарушения перистальтической активности кишечника и всасывающей способности кишечной стенки создаются условия для тяжелой нутритивной недостаточности данной группы больных и связанных с ней осложнений. Энтеральное питание является эффективным методом интенсивной терапии, создающим условия для своевременного начала, оптимизации и сбалансированности его состава.

Цель исследования: Изучить эффективность раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите.

Материалы и методы исследования: Обследовано 115 больных тяжелым острым панкреатитом и панкреонекрозом. Исследования проводились в отделении интенсивной терапии РНЦМП Самаркандского филиала и Самаркандской городской медицинской ассоциации на 2016-2020 годы. В исследование были включены пациенты по следующим критериями: ранняя госпитализация в стационар (до 2 суток после проявления клинически значимого проявления тяжелого острого панкреатита); лабораторные и ультразвуковые подтверждения остроты процесса; пациенты старше 18 лет. Пациенты с фульминантным панкреонекрозом были исключены из исследования.

Пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 55 больных. Пациентам этой группы наряду со стандартной терапией

проводилась длительная торакальная эпидуральная блокада 0,2% раствором наропина со скоростью 6-8мл в час. А контрольную группу составили 60 пациентов со стандартной интенсивной терапией.

Результаты исследования и их обсуждение:

Установлено, что при поступлении уровень внутрибрюшного давления был высоким и составлял 18-20 мм рт. ст. у больных обеих групп. Через 72 часа терапии в группе с длительной эпидуральной блокадой индекс внутрибрюшного давления составил в среднем $9,8 \pm 1,2$ мм рт.ст. с учетом этого было начато энтеральное питание. В то время как в контрольной группе индекс внутрибрюшного давления в эти сроки оставался более 15 мм рт. ст., а его нормализация начиналась с 5-7-го дня, несмотря на прокинетическую терапию. Так, в результате было установлено, что более 75% больных тяжелым острым панкреатитом сумели начать энтеральное питание в первые 3 дня, а в контрольной группе более трех четвертей больных смогли получить полноценное сбалансированное энтеральное питание только через 5-7 дней от поступления в стационар.

При изучении осложнений, спровоцированных нарушением нутритивного статуса больных, было установлено, что больные, получавшие энтеральное питание в разное время, имели достоверные различия по таким показателям, как дефицит массы тела и атрофия мышечной ткани (в 3 раза больше больных контрольной группы). У больных контрольной группы чаще встречались и язвенные поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта (11 и 20 больных соответственно), во многих случаях определяемые низким уровнем общего белка и альбумина в плазме крови. Это вызвало бы значительную органную недостаточность, что привело бы к увеличению концентрации полостной жидкости, отеку и прогрессированию синдрома панкреонекроза.

В конечном итоге это повлияло на летальность, которая была почти в три раза ниже у больных острым панкреатитом с синдромом внутрибрюшной гипертензии, которые могли начать в комплексе интенсивной терапии ранее энтеральное питание.

Выводы:

Таким образом, проблема внутрибрюшной гипертензии при остром панкреатите приобрела исключительное значение в последние годы, по-видимому, в связи с изменением тактических подходов к лечению заболевания. Несмотря на наличие единого мнения о патофизиологическом значении повышенного внутрибрюшного давления и необходимости его мониторинга, вопросы лечения и профилактики внутрибрюшной гипертензии при остром панкреатите остаются дискуссионными.

**ИЗУЧЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК
У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА.**

*Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.,
Самаркандский медицинский университет*

Актуальность проблемы: Широкое внедрение в клиническую нефрологию клинико-генетических и биохимических методов исследования позволяет установить изменение их нозологической структуры, учащение мультифакториально обусловленных клинических форм. На практике даже многократные эпизоды мочевого синдрома на фоне различных интеркуррентных заболеваний до настоящего времени продолжают оцениваться в качестве инфекционной или токсической почки.

Цель исследования: изучения состояния парциальных функций почек у детей раннего возраста, больных пневмонией с поражением почек разработать принципы ранней дифференциальной диагностики поражений почек обменного генеза.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 120 больных с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slayke. О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Щ-01, титруемых кислот по И. Тодорову (1963).

Результаты исследования: Установлено, что у всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушениями достоверно снижалось до $0,37 \pm 0,013$ по сравнению со здоровыми детьми $0,450 \pm 0,038$ ($p < 0,001$) и у больных пневмонией без ДЗМН $0,430 \pm 0,021$ ($p < 0,05$). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до $0,97 \pm 0,17$ мл/сек ($p < 0,05$), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств.

Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до $9,0 \pm 1,18$ ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ($p < 0,001$) и у детей с пневмонией без ДЗМН $42,0 \pm 1,2$ ($p < 0,05$). Уменьшение экскреции титруемых кислот до $23,37 \pm 4,25$ ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей $51,0 \pm 2,8$ ммоль/с ($p < 0,001$) и у детей с пневмонией без ДЗМН $48,8 \pm 2,2$. ($p < 0,05$). Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до $244,0 \pm 1,8$ мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми $110,0 \pm 10,5$ ($p < 0,001$), и с группой детей пневмонией без ДЗМН $130,0 \pm 11,5$ ($p < 0,05$), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких. У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно $6,9 \pm 0,22$ ммоль/с и $6,64 \pm 0,36$ ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ($p < 0,001$) и детей с пневмонией без ДЗМН $3,18 \pm 0,20$ ($p < 0,05$) и $5,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, у больных пневмонией с ДМН отмечаются функциональные нарушения почек (увеличение концентрации нефротоксических метаболитов, уратов, оксалатов, мочевой кислоты) достигают величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии не наблюдается нормализация этих показателей, что необходимо дальнейшее обследование больных.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ

Ахмедова Н.М., Марозикова М.И.

Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность темы. Консервативное лечение миомы матки в настоящее время остается в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей. Распространенность данной патологии среди женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста увеличивается и по данным аутопсии составляет от 50 до 80%.

Цель исследования: оценить эффективность консервативного лечения женщин с миомой матки при включении в базисную терапию препарата Симвастатина.

Материал и методы. В исследование включены 51 женщины в возрасте от 40 до 50 ($48,3 \pm 3,6$) лет с интрамуральным (60%) и субсерозным (40%) расположением миоматозных узлов размером от 4 до 6 ($3,8 \pm 0,63$) недель при отсутствии метроррагий. Давность обнаружения лейомиомы матки составляла от 6 месяцев (у 12 (23,5%) пациенток) до 1 года (у 39 (76,5%) пациенток). По данным гистероскопии у 28 (54,9%)

миоматозные узлы локализовались по передней стенке, у 12 (23,5%) - по задней, у 7 (13,8%) - по боковой, у 3 (5,9%) - на дне и у 1 (2,0%) - по матке.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты исследований, у пациенток 1 группы полное исчезновение болевых ощущений и тяжести внизу живота и пояснице, а также прекращение патологических выделений и гиперемии наблюдалось уже через 3 месяца лечения. При этом средний объем матки через 3 и 6 месяцев лечения у пациенток 1 группы уменьшился на 40 и 64,5%, и средний размер матки соответствовал сроку 1-2 – недельной беременности. Во 2 группе размер матки через 3 и 6 месяцев лечения не изменился у 5 (20%), у 16 (64%) — уменьшился на 16,8 и 21,1%, у 4 (16%) — увеличился на 18,2 и 15,9% ($P < 0,05$), соответственно. На 6 месяц лечения у 4 пациенток было проведено оперативное лечение, в том числе, у 3 (12%) — миомэктомия, у 1 (4%) — субтотальная гистерэктомия с сохранением обеих придатков, что было связано с прогрессирующим увеличением объема (на 59,6%) и размера миоматозного узла до 9 недель. У 13 пациенток размеры матки и миоматозного узла стабилизировались после 3-х месяцев лечения, при этом у 8 (32%) женщин отмечено уменьшение объема матки на 43,5% и размера — до 2 недель.

Вывод. В дозе 40 и 80 мг/сут. симвастатин повышает эффективность базисной терапии, что характеризуется сокращением на 3 месяца сроков уменьшения размеров матки, вегето-сосудистых нарушений, болевых ощущений и тяжести внизу живота, выделений из влагалища и гиперемии наружных половых органов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Баротова М. М., Хакимбоева К.А.

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сины.

Проблема разработки и внедрения новых эффективных методов лечения воспалительных заболеваний шейки матки одна из актуальных проблем, важность которой обусловлена широкой распространенностью фоновых и предраковых заболеваний шейки матки на фоне воспаления у женщин, что нарушает репродуктивную функцию, повышает опасность возникновения предраковых и раковых процессов. В связи с этим целью данного исследования явилось разработка оптимальной схемы применения лазерной фотодинамической терапии (ЛФДТ) при лечении патологии шейки матки. Материал и методы исследования. Местную ЛФДТ проводили следующим образом: накладывали фотосенсибилизатор – 0,05% раствор митиленового синего относящийся к группе фенотиазинов с максимумом абсорбции λ_{max} (нм) – 668 нм с экспозицией 5 минут. Затем после смывания с раневой поверхности фотосенсибилизатора выполняли засвечивание раневой поверхности лазерным излучением с помощью аппарата «АЛТ-Восток» модель 03, соответствующий техническим условиям TSh 64-15302652-002:2010.

Расстояние от торца световода до раневой поверхности составляло 0,5-5,0 см при отсутствии теплового дискомфорта у пациента. Суммарное время облучения составляло 5 минут в первой и 7 минут во второй фазе течения раневого процесса. При большой площади раны использовались полипозиционные облучения раневых поверхностей, путём плавного перемещения терминала над всей поверхностью раны.

При бактериологическом исследованиях было вывлено, что основными возбудителями, которые составляли микробный пейзаж ран, являлись: *S.aureus*, *S.epidermidis*, *P.aeruginosa*, представители семейства *Enterobacteriaceae* - *Klebsiella* spp, *Proteus* spp, *Enterobacter* spp, семейства *Bacillaceae* (анаэробы) и грибы рода *Candida*.

Определение показателей микробной обсеменённости ран у женщин с изучаемой патологией очень важен, так как при наличии возбудителей процессов заживление раны и купирование симптомов практически не происходит. В связи с чем, клинико-лабораторные исследования должны проводиться в комплексе с бактериологическими исследованиями.

Учитывая данный факт, в те же сроки исследований проводили бактериологические исследования по качественному (высеваемость возбудителей - определение видового/родового состава) и количественному (установление количественного роста культур возбудителей) определению микробного состава раны у женщин обеих сравниваемых групп.

Полученные результаты показывают, что высеваемость грамотрицательных бактерий прекратилась на 5-сутки после начала лечения, хотя грамположительные кокки, анаэробные микроорганизмы и *Candida spp* высевались и 10-сутки в определенном количестве у женщин второй группы.

У женщин первой группы высеваемость грамотрицательных бактерий не дали роста уже на 2-сутки после начала лечения, а грамположительные кокки, анаэробы и *Candida spp* не высеяны с 5-суток после начала лечения, то есть, с 5суток мы отмечаем «отрицательный бактериологический результат».

Определение количественного состава возбудителей (показатели микробной обсеменённости) у женщин первой группы были следующими:

- на 2-сутки лечения микробная обсеменённость ран составляла в среднем 10^6 - 10^7 КОЕ/мл;- на 4-сутки лечения микробная обсеменённость ран составляла в среднем 10^5 - 10^6 КОЕ/мл;- на 6-сутки лечения микробная обсеменённость ран составляла в среднем 10^3 - 10^4 КОЕ/мл;- на 10 суток лечения микробная обсеменённость ран составляла в среднем 10^2 - 10^3 КОЕ/мл.

Доказано, что количественные показатели микробной обсеменённости раневой поверхности шейки матки при комплексном лечении с помощью ЛФДТ на фоне традиционного лечения у женщин второй группы несколько отличались от данных женщин, отнесенных в первую группу.

Полученные результаты показывают, что на 2-сутки лечения микробная обсеменённость ран у больных второй группы составляла в среднем 10^3 - 10^4 КОЕ/мл, а на 4-сутки в среднем 10^2 - 10^3 КОЕ/мл. Начиная с 6-суток при бактериологических исследованиях отмечаем отрицательный результат, то есть при посеве раневого экссудата не отмечаем роста культур микроорганизмов.

Таким образом, включение в комплекс лечения ран у женщин с патологией шейки матки ЛФДТ не только оказывает положительный клинический эффект и снижает ЛИИ, но и оказывает бактерицидный эффект в короткие сроки после лечения на высеянные возбудители воспалительных заболеваний - грамположительные кокки, грамотрицательные бактерии, анаэробы и *Candida spp*.

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАВШИХ АНТИРЕЗУСНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ

Бозорбоева Г.Ю кизи, магистр.,

Юсупова У.М, доцент.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) (следствие ГБП) в мире диагностируется приблизительно у 1,6%-2,5% новорожденных, при этом частота развития резус-изоиммунизации за последние годы еще не имеет существенной тенденции к снижению. Перинатальная смертность при ГБН составляет 0,037%.

Заболеваемость билирубиновой энцефалопатией в различных странах мира находится в диапазоне от 0,4 до 2,7 на 100 000 новорожденных.

Резус-изоиммунизация, в основном, развивается при несовместимости крови матери и плода по антигену RhD. Также ГБП может развиваться при несовместимости крови матери и плода по антигенам С, с, Е, е. Женщина с резус-отрицательной принадлежностью крови сенсибилизируется или во время беременности при попадании в кровотоки Rh(D) антигена плода, унаследованного им от биологического отца, или вне беременности при трансфузии компонентов резус(D)-положительной донорской крови.

Цель исследования. Оптимизация наблюдения беременных женщин с резус-отрицательной кровью, основанная на определении резус-фактора плода с ранних сроков беременности с помощью отечественных тест-систем «ДНК-резус ребенка».

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное медико-социальное исследование репродуктивного здоровья, медицинской активности юных первородящих (13-17 лет 11 месяцев 29 дней) и первородящих позднего репродуктивного возраста г. Андижана и Андижанской области, состояния здоровья их первенцев, оценка организации медицинской помощи этим категориям женщин.

Результаты исследования. Во время беременности эритроциты плода проникают через плацентарный барьер в кровотоки матери в течение 1-го триместра у 5-7%, во 2-м триместре у 15-16% и в 3-м триместре – у 29-30% женщин. Первым этапом иммунного ответа матери является выработка IgM антител, обладающих высокой молекулярной массой и не проходящих через плацентарный барьер в кровотоки плода.

Следующими этапами развития изоиммунизации является образование IgG антител, обладающих низкой молекулярной массой и свободно проникающих в кровотоки плода от матери через плацентарный барьер, в том числе подклассов иммуноглобулина G1 и G3, которые активно взаимодействуют с Fc-рецепторами (FcR) лимфоцитов и макрофагов, играющих важную роль в гемолизе эритроцитов плода. При 1-й беременности ГБП встречается редко, так как попадание эритроцитов плода в кровотоки матери происходит в основном на поздних сроках беременности или во время родов, и первичный иммунный ответ не успевает сформироваться. ГБП при 1-й беременности может быть следствием уже имевшей место изоиммунизации, например, при введении резус-отрицательной женщине компонентов резус-положительной крови в анамнезе[6].

Резус-сенсibilизация у 18,4% беременных женщин сопровождается изменениями в системе гемостаза, выражающимися в развитии гиперкоагуляции, протекающей на фоне активации внутрисосудистого свертывания крови. Лечебный плазмаферез с последующей иммуноглобулинотерапией способствует уменьшению процессов внутрисосудистого свертывания, стабилизации коагуляционного и 124 фибринолитического потенциала крови за счет снижения уровня фибриногена на 23,5%, содержания высокомолекулярных растворимых фибрин-мономерных комплексов (РКМФ) и ИТП на 30%.

У беременных с резус-сенсibilизацией при проведении лечебного плазмафереза не происходит достоверных изменений основных параметров биохимического статуса (общий белок, глюкоза, билирубин прямой и общий, креатинин, мочевины) и показателей гемограммы, что свидетельствует о безопасности данного метода лечения.

Вывод. Оптимизация наблюдения беременных женщин с резус-отрицательной кровью позволит четко определить врачебную тактику ведения беременности в каждом конкретном случае, что решает психологические и экономические проблемы ведения данной категории женщин.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
ПОЛУЧАВШИХ АНТИРЕЗУСНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ

*Бозорбоева Г.Ю кизи, магистр.,
Юсупова У.М, доцент.*

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Резус-изоиммунизация - наличие в крови матери IgG-антител (анти-Rh (D) антител) как проявление вторичного иммунного ответа у sensibilizированных пациенток вследствие несовместимости крови матери и плода по антигенам системы Резус. Синонимы - резусконфликт, резус-сенсibilизация, резус-аллоиммунизация.

В данной статье представлены вопросы оценки перинатального состояния у беременных, получавших антирезусную профилактику, и лечения патологий их видов.

Цель исследования. Оптимизация наблюдения беременных женщин с резус-отрицательной кровью, основанная на определении резус-фактора плода с ранних сроков беременности с помощью отечественных тест-систем «ДНК-резус ребенка».

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное медико-социальное исследование репродуктивного здоровья, медицинской активности юных первородящих (13-17 лет 11 месяцев 29 дней) и первородящих позднего репродуктивного возраста г. Андижана и Андижанской области, состояния здоровья их первенцев, оценка организации медицинской помощи этим категориям женщин. Относительно позднего репродуктивного возраста, с которого беременная должна относиться к группе высокого риска, нет однозначного мнения: 30, 35, 40 лет, т.к. для исследования была сформирована группа первородящих 30 лет и старше.

Результаты исследования. Причинами развития гемолитической болезни плода и новорожденного является резус-сенсibilизация у женщин, развивающаяся у 2,9% после переливания в анамнезе несовместимой по резус-принадлежности крови и у 97,1% в результате отсутствия профилактики антирезусным иммуноглобулином. Факторами риска, предрасполагающими к активации выработки антител и утяжеляющими течение резус-сенсibilизации, у 45,9% беременных женщин являются обострение герпес – и цитомегаловирусной инфекции, в 28,7% развитие плацентарной недостаточности.

Определение субклассов и ΔO_3 , с целью оценки степени риска гемолиза эритроцитов, позволяет прогнозировать вероятность развития и степень-тяжести гемолитической болезни плода. Высокая степень риска, гемолиза эритроцитов Δ определялась у 62% беременных, средняя» степень у 19,75% женщин и низкая у 18,4%.

Усиление максимальной скорости кровотока средне мозговой артерии при доплерометрии является предиктором степени выраженности анемии плода и прогностическим фактором в отношении тяжести гемолитической болезни плода, позволяя- определить, дальнейшую* тактику ведения беременности и сроки родоразрешения.

У женщин с высокими, титрами резус-антител и отягощенным акушерским анамнезом, проведение лечебного плазмафереза и иммуноглобулинотерапии в качестве предгравидарной подготовки позволяет предотвратить развитие тяжелой гемолитической болезни плода и улучшить перинатальные исходы у 80% пациенток.

Лечебный плазмаферез является патогенетически обоснованным методом лечения резус-сенсibilизации, приводя к достоверному снижению титра резус-антител ($p < 0,01$), а последующая иммуноглобулинотерапия позволяет снизить вероятность развития ребаунд-эффекта, предотвращая, тем самым, развитие гемолитической болезни плода и позволяет пролонгировать беременность в среднем на $4,5 \pm 0,1$ недель, снижает частоту преждевременных родов с 69 до 44%.

Разработанный алгоритм ведения женщин с резус-сенсibilизацией с включением в комплексную терапию лечебного плазмафереза с последующей иммуноглобулинотерапией позволяет пролонгировать беременность до оптимального срока родоразрешения у 59% беременных, снизить частоту рождения детей с тяжелой формой гемолитической болезни в 2,4 раза, в 2 раза уменьшить частоту заменного переливания отмытых эритроцитов и в 1,5 раза количество сеансов фототерапии у новорожденных.

Вывод. Новые отечественные диагностические наборы для идентификации гена резус-фактора плода в крови матери могут быть использованы в акушерской практике.

Внедрение разработанного алгоритма ведения резус-отрицательных беременных в деятельность акушеров-гинекологов позволит оптимизировать акушерско-гинекологическую помощь данным женщинам и улучшить исходы беременности для матери и плода.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. В настоящее время продолжают развиваться разработки мининвазивных методик холецистэктомии (ХЭ) из минидоступов, которые показаны в тех случаях, когда в связи с сопутствующей заболеванием наложение пневмоперитонеума и, следовательно, ЛХЭ противопоказаны [Кармацких А.Ю., 2005; Мусабоев Н.Х., 2015; Сухарева М.В., 2016; Совцов С.А., 2019]. Технология имеет преимущества по сравнению с существующими методами, важными из которых являются возможность визуального осмотра, пальцевой ревизии желчного пузыря (ЖП) и элементов гепатодуоденальной связки, использование стандартной хирургической техники, отсутствие карбоксиперитонеума, возможность оперирования пациентов, которым ранее проведены операции на органах брюшной полости; мышцы не рассекаются, а раздвигаются вдоль волокон; при необходимости конверсии доступ можно быстро расширить до типичного. Кроме того, себестоимость операции из минидоступа в 2,5-3 раза меньше лапароскопической [Шулутко А.М., 1999; Алиев Д.Г. с соавт., 2014; Раимжанова А.Б., 2016; Hadiev S.I., 2003].

Материал и методы. Нами разработан и внедрен усовершенствованный способ холецистэктомии из мини-доступа. В дальнейшем нами внедрены инструменты оригинальной конструкции, которые позволили повысить эффективность оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни (ЖКБ). Модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа при ЖКБ применен у 94 (22,7%) больных.

Предлагаемый способ относится к хирургии желчных путей и может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и желчном пузыре у больных с ЖКБ, проводимых на отечественном оборудовании с помощью отечественного инструментария оригинальной конструкции, следовательно, «промышленно применим». Задачей изобретения является повышение эффективности ХЭ из минидоступа у пациентов любого телосложения при уменьшении травматичности, достижения косметичности рубца и сокращение времени операции.

Техническим результатом является универсальность разреза для любого телосложения и расположения желчного пузыря. Предлагаемый способ относится к хирургии желчных путей и может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и желчном пузыре у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), проводимых инструментами (ретракторами оригинальной конструкции) впервые используемые в нашей республике, следовательно, «промышленно применим».

Результаты и их обсуждение.Способ выполнения ХЭ из мини-доступа осуществляют следующим образом.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 3-3,5-4,0 см (в проекции пузырьной точки), где мини-разрез начинают на середине проекции правой прямой мышцы живота. После, в косопоперечном направлении рассекают $\frac{1}{2}$ 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 салфетки Купера, в количестве 2-3. Над ними накладывают 2 инструмента оригинальной конструкции (который впервые используется в нашей Республике) в медиальном углу раны и со стороны нижнего края. Ширина ретрактора составляет 2 см, а длина- 25 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 желчный пузырь приподнимается над уровнем кожного разреза, что облегчает манипуляции в ее дистальном отделе (т.е. в области шейки пузырьного протока и при необходимости на холедохе). Этим самым достигается универсальность разреза для любого телосложения пациента, любого расположения желчного пузыря (латерального либо медиального), расположения желчного пузыря за реберной дугой, при высоком стоянии печени, а при подпеченочном инфильтрате отпадает необходимость делать конверсию (переход на лапаротомию).

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.Длительность операции - от 18 до 25 минут.

Предлагаемый способ относится к хирургии желчных путей и может быть использован при операциях на желчевыводящих протоках и желчном пузыре у больных с ЖКБ, проводимых на отечественном оборудовании с использованием ретракторов оригинальной конструкции, следовательно, «промышленно применим».

Заключение. Таким образом, совокупность признаков обеспечивает достижение технического результата, а именно универсальность разреза для любого телосложения и расположения желчного пузыря.Предлагаемый способ выполнения холецистэктомии из мини-доступа обеспечивает повышение эффективности холецистэктомии при любом телосложении больного, а также уменьшении травматичности, косметичность рубца и сокращение продолжительности операции.Кроме того, в способе впервые используются хирургические инструменты (ретракторы шириной -2 см, длиной -25 см), что позволяет избежать дополнительных материальных затрат при проведении операции, снижается травматичность операции за счет сохранения целостности нервных окончаний, правой прямой и косых мышцы живота, небольшой, и

косопоперечный разрез (3-4 см) и пластические швы дают лучший косметический эффект, а также снижают продолжительность операции.

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Ганиева М.Ш., Л.К. Рахманова., Болтабоева М.М., Маджидова М.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентская
медицинская академия.*

Актуальность В настоящее время остаётся актуальной проблема дальнейшего изучения факторов риска и механизмов их сочетанного воздействия на развитие НС у детей с нарушенной функцией щитовидной железы. Гормоны ЩЖ регулируют все виды обмена веществ в организме, действуют на все клетки, стимулируют тканевое дыхание. Поэтому даже малейший дефицит тиреоидных гормонов в организме вызывает серьёзные, порой необратимые нарушения.

Цель исследования. Изучить влияние тиреоидной дисфункции на течение нефротического синдрома у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 80 больных с нефротическим синдромом гломерулонефрита. У больных нефротической формой хронического гломерулонефрита имело место понижение уровня СБЙ в сыворотке ($P < 0,001$), тогда как при гематурической и смешанной формах заболевания существенных изменений содержания связанного с белками йода в сыворотке крови не отмечалось. Достоверных сдвигов содержания трийодтиронина и тиреотропного гормона в сыворотке крови детей с различными клиническими формами хронического гломерулонефрита не обнаруживалось. В то же время, у больных нефротической формой хронического гломерулонефрита констатировалось значительное снижение, а у больных гематурической формой - повышение уровня тироксина в сыворотке крови ($P < 0,001$). При нефротической форме заболевания констатировалось увеличение коэффициентов Т/Г₄, ТТГ/Т₃ и ТТГ/Т₄ ($P < 0,001$), а при гематурической форме - небольшое уменьшение коэффициента ТТГ/Т₃ ($P < 0,05$). У больных со смешанной формой хронического гломерулонефрита существенных изменений указанных коэффициентов не обнаруживалось.

Выводы. Указанные выше сдвиги показателей функционального состояния щитовидной железы у детей с различными клиническими синдромами острого и клиническими формами хронического гломерулонефрита требуют своевременной коррекции и возможно определяют прогноз болезни.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФАОЛИЯТИ ЎЗГАРГАН ОНАЛАРДАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ХОЛАТИНИ БАХОЛАШ

*Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Рахманова Л.К., Маджидова М.М.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси.*

Йод етишмаслиги натижасида болалар ўртасида ўзига хос касалликлар келиб чиқади. Бунга ўлик туғилиш, бола ташлаш, хомилани нуқсонли ривожланиши, ақлий заифлик, ғилайлик, кретинизм, чақалоқлар ўлимнинг кўп бўлиши, неонатал ўлим, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш ва бошқалар қиради.

Олиб борган илмий текширишларимиздан асосий мақсад - гипотериоз билан оғриган оналардан туғилган чақалоқларда қалқонсимон без фаолиятини ўрганиш,

унинг фаолиятидаги етишмовчилик даражасини аниқлаш, келтириб чиқарган асоратларга баҳо беришдан иборатдир.

Чақалоқлар ҳолатига баҳр беришда уларнинг жисмоний ривожланишига (антропометрия) эътибор берилди ва қалқонсимон без фаоляти радиоиммунологик методи ёрдами билан («Виктор» аппаратида) динамикада, чақалоқлар ҳаётини 5-10 кунларида урганиб борилди.

Андижон тиббиёт институти ҳамда вилоят «Она ва бола» скрининг маркази ходимлари ҳамкорликда ўтказилган текширишлар шуни кўрсатдики, 2014 йил давомида 27та гипотериоз билан оғриган оналардан туғилган чақалоқлар ҳолатига баҳо берилган. Бу оналарда хомиладорлик даврида йодли профилактика ўтказилмаган ёки мўтадил олиб борилмаган ва қуйидагилар аниқланди: диффуз бўқоқ I даражаси - 13,3 фоиз, II даражаси - 53,3 фоиз, аутоиммун тиреодит - 15,5 фоиз, аралаш бўқоқ - 13,3 фоиз, операциядан кейинги бўқоқ - 4,4 фоизни ташкил қилди.

Кузатувда бўлган 37та чақалоқларни 6,6 фоизда туғма гипотериоз, 13,3 фоизда ўтиб кетувчи гипотериоз, 4,4 фоизда чала туғилиш, 22,2 фоизда туғма кам вазинлик борлиги аниқланди. Чақалоқлар ҳолатига Апгар шкаласи бўйича 57,7 фоизга қониқарли, 35,6 фоизга ўртача оғирлик ҳолати, 6,7 фоизга оғир ҳолат деб баҳо берилди. Шунингдек яна 53,3 фоизда гипохром камқонлик, 33,3 фоизда эса асфиксия кузатилди, нафас бузилиш синдроми - 15,5 фоизни ташкил қилди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, хрмиладор аёлларни ўз вақтида йодли профилактикани олиб борилмаслиги, қалқонсимон без фаолятининг етишмовчилигини коррекция қилинмаслиги чақалоқларда туғма патологияларни келиб чиқишига сабаб бўлар экан.

СИНДРОМА ЛОУ – КАК КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕДИАТРА

*Ганиева М.Ш., Рахманова Л.К., Маджидова Н.Н., Болтабоева М.М.
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 ОДММЦ в нефрологическое отделение поступил ребенок 2,5 лет, родители которого жаловались на отёки по всему телу, олигурию, косоглазие, отставание в умственном и физическом развитии. Из анамнеза выяснилось, что ребенок родился от родителей из близкородственного брака. Во время беременности особых жалоб у матери не отмечалось, только незначительный токсикоз и анемия. Роды протекали без осложнений. Объективно: состояние девочки на момент обращения тяжелое за счет симптомов общей интоксикации: вялость, капризность, низкий аппетит. Девочка значительно отстаёт в физическом развитии (не ходит, зубов всего 14), в интеллектуальном развитии (не говорит, на вопросы не отвечает). Кожные покровы бледные, выраженные отёки по всему телу. Костно-мышечная система – Х-образная деформация ног, тонус мышц конечностей снижен. 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 необходимости проведения нефрологического обследования.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ
Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М., Кодиров., Д.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Здоровье человека определяется триадой, включающей генетические факторы, качество жизни и факторы среды обитания. Вклад каждого из этих факторов в этиологию развития заболеваний очень изменчив и зависит от анализируемого вида заболеваний.

Цель исследования: выявить вклад каждого из этих факторов в этиологию развития заболеваний.

Материал и методы: Под наблюдением находились 10 детей с диагнозом интерстициальный нефрит. Почечные симптомы – полиурия, никтурия, гипостенурия, поллакиурия, полидипсия. Изменения в моче неспецифичны – эритроцитурия различной степени выраженности, протеинурия часто не превышающая 1,5-2 г/сут, абактериальная лейкоцитурия. Для диагностики ИН, как исходного состояния дизметаболических нарушений, важным является обнаружение у больного атопического состояния, дизурических расстройств с раннего возраста, низкооптической плотности мочи, оксалатно-кальцевой кристаллурии и повышенной экскреции оксалатов с мочой. При диагностике использовался интегральный подход, в основу которого положено выявление синдромов, характеризующих состояние, как отдельных систем, так и организма в целом, применяя общеклинические методы диагностики. Важным моментом в диагностике ИН являлась оценка этиологического фактора (учитывать регион проживания, характер питьевой воды и т.д.), определение формы патологического процесса, особенностей течения (острый, хронический), выявление сущности болезни. Основными причинами развития ИН являются инфекционные, аллергические и токсические факторы. Глубина и степень повреждения тубуло-интерстициальной ткани при интерстициальном нефрите зависит в первую очередь от реактивности организма и длительности воздействия эндо – или экзогенного патологического фактора.

Вывод: Таким образом, только при учете таких факторов, оценки их значимости и возможности воздействия на данный конкретный фактор можно эффективно осуществлять меры первичной и вторичной профилактики хронических заболеваний почек.

**ЭРТА ТУГИЛИШИНИ САБАБЛАРИ ВА ЙОЛЛАРИНИ АНИКЛАШ УЧУН
ХАЛКАРО ЙУНДАШЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ**

*Джаббарова Л.А., Тиббий педагогика ва даволаш факультети, 509-гуруҳ тиббий
педагогика йўналиши*

Илмий раҳбар: доцент Рузиева Н.Х

ТошПТИ, Акушерлик ва гинекология, болалар гинекологияси кафедраси

Долзарблиги. Erta tug‘ilish muammosi jiddiy tibbiy, iqtisodiy va ijtimoiy oqibatlarga olib keladi. Ko‘pincha homiladorlikning 34 haftasidan oldin tug‘ilgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga ta’sir qiladi. Respublikamizda hukumat tomonidan 2030 yilgacha bo‘lgan

davrda ayollar va bolalar salomatligini muhofaza qilish strategiyasi bo'yicha qator hujjatlar qabul qilingan [PKM 2018 yil 841-son. "2030-yilgacha bo'lgan davrda Barqaror rivojlanish sohasidagi Milliy maqsad va vazifalarni amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qaroriga muvofiq, tirik va o'lik tug'ilgan chaqaloqlar mezonlarini baholashning jahon standartlari joriy etildi. Hozirgi bosqichda JSST tavsiyalariga ko'ra, tug'ilish ajralib turadi: erta tug'ilish (PR) - homiladorlik davrida 22 haftadan 37 to'liq haftagacha (259 kun) tug'ilish; juda erta PR - 22-27 haftada etkazib berish, erta PR - 28-33 haftada va PR - homiladorlikning 34-37 xaftaligida. PRning quyidagi toifalari mavjud: selektiv (10-30%), ya'ni. ona yoki homilaning ko'rsatkichlariga ko'ra amalga oshirilgan tug'ish (og'ir preeklampsi, onaning buyrak kasalligi yoki homila rivojlanishining kechikishi). Prenatal qon ketish yoki membranalarning yorilishi bilan murakkab (20-50%). Idiopatik (40-60%) qo'shimcha asoratlarsiz spontan PR bilan tavsiflanadi.

Perinatal o'lim homilaning antenatal va intranatal o'limini va yangi tug'ilgan chaqaloqning erta neonatal o'limini (hayotning dastlabki 6 kunida) o'z ichiga oladi, ularning ko'rsatkichlari statistik hisobotga kiritilgan. Hozirgi vaqtda xalqaro tavsiyalarga ko'ra, perinatal o'limni 2 mezon bo'yicha baholash odatiy holdir: vaqt bo'yicha, ya'ni "o'lim vaqtidagi yosh" va "tug'ilishdagi vazn". Ushbu maqsadlar uchun BABIES matritsasi ishlab chiqilgan.

Мақсад. Erta tug'ilishning chastotasini, sabablarini o'rganish va ularni kamaytirish yo'llarini aniqlash.

Материал ва услублар: BABIES matritsasidan foydalangan holda 1 yil davomida erta tug'ilishning klinik va statistik tahlili o'tkazildi [B- og'irligi / tug'ilishdagi og'irligi A-o'limdagi yoshi / o'limdagi yoshi B-o'kizlar / hujayralar I-aralashuvlar / aralashuvlar, E-baholash / ball S. -tizim /tizim] va MOMS [M-monitoring/monitoring; O-of/uchun; M-aternal/ maternal S-tatus/ status] xalqaro tashkilotlar USAID/CDC, UNISEF tomonidan tavsiya etilgan. Matritsaga antenatal, intranatal yo'qotishlar va erta neonatal davrda, 7 kundan keyin tirik qolganlar, vazn toifalari bo'yicha tirik va o'lik tug'ilgan barcha bolalar: 500-999g, 1000-1499g, 1500-2499g va 2500 va undan ko'p mutlaq ma'lumotlar kiritilgan. Keyinchalik, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning umumiy soniga nisbatan proportsional ko'rsatkichlar aniqlandi va MOMS matritsasi perinatal yordam sifatini yaxshilash uchun muayyan tadbirlar to'plamini tanlash uchun ishlatilgan.

Натижалар: 5835 avlod tahlil qilindi. Og'irlik toifalariga ko'ra, 1,5% tana vazni 500-999g, 1000-1499g - 2,7%, 1500g -2499g - 10,5% 2500g va undan ko'p - yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 85,5% antenatal yo'qotishlar 03,0% ni tashkil etdi. va erta neonatal o'lim - 1,7%. Perinatal o'limning tarkibida 500-999 g somtavil og'irligi bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqlarning ulushi 38,9% va 1000-1499 g - 21,2%, ya'ni. 1500 yoshgacha bo'lgan bolalarning perinatal yo'qolishi 60,1% ni tashkil etdi. O'lim sabablarini vazn toifalari bo'yicha aniqlash uchun chaqaloqlar va MOMS matritsasidan foydalangan holda, perinatal o'lim 65% hollarda onaning homiladorlikdan oldingi sog'lig'ini va 15% - homiladorlik davridagi onaning holatini aniqlashi aniqlandi. ya'ni, 80% hollarda homiladorlikdan oldin aralashuvlar va homiladorlik davrida perinatal yo'qotishlarni kamaytirish uchun parvarishlash aralashuvlarini amalga oshirish kerak. Shunday qilib, asosiy e'tibor homiladorlikdan oldin ko'ngilochar tadbirlarga o'tkazilishi kerak: o'smirlik va homiladorlik davrida, abortdan keyingi, tug'ruqdan keyingi va intergenetik davrlarda reabilitatsiya. Bunda EGP bilan kasallangan o'smir qizlarni aniqlash va ularni sog'lomlashtirish, abort va erta tug'ulgandan keyin salomatligini tiklash, tug'ruqdan keyin ayollarni reabilitatsiya qilish, intergenetik intervalga rioya qilish, kontratsepsiya, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning oldini olish kabi tadbirlar kiradi.

Хулосалар.

BABIES matritsasi va MOMS dan foydalanish perinatal o'limning 65% hollarda ayolning homiladorlikdan oldingi va 15% homiladorlik davridagi sog'lig'ining yomonlashishi bilan bog'liqligini aniqlashga imkon berdi, shu bilan birga ayolning homiladorlik davri boshlanishidan oldingi dastlabki holati ustunlik qiladi. . Olingan ma'lumotlar bolalik va

o'smirlik davridagi qizlarni kelajakdagi onalikka tayyorlash uchun tibbiy dasturlarni yaratish zarurligini ko'rsatadi, bu perinatal yo'qotishlarni kamaytirishga yordam beradi.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИИ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ.

*Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Гафуров А.А. Нуманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан Андижан*

Цель. Изучит локальное состояние различных видов деформации грудной клетки.

Материал и методы. Госпитализированы для обследования и лечения 76 больных детей с различными деформациями грудной клетки, кроме воронкообразной и килевидной деформации в возрасте от 1 года до 14 лет. Все больные дети распределились следующим образом: мальчиков было-52, девочек-24. По разновидностям деформации грудной клетки было: 45 детей с изолированной деформацией III-IV ребер парастернальной зоне, из них у 38 с односторонней, у 7 двухсторонней. Западение отдельных ребер у 21 ребенка из них у 13 односторонняя деформация, у 4 двухсторонняя. Сращение I, III ребер между собой у 6 детей, отсутствии II-III ребер было в 3 случаях, частичное расщепление грудины встретилось в одном случае.

Жалобы при поступлении в основном на косметические нарушения. В одном случае 12 мес. ребенок поступление в тяжелом состоянии. При обследовании установлено отсутствие 3-х ребер справа, и выпячивание через дефект образования, размером 80 x 60 мм-печень покрытая диафрагмой. Кроме этого у ребенка была выражена функциональная недостаточность со стороны легких и сердца.

После предварительной подготовки всем детям произведена изолированная торакопластика, и они выписан в удовлетворительном состоянии.

Изучение отдаленных результатов показало, что у 1 больного 14 лет выполненное вытяжение запавших 2 ребер не дало эффекта. Была произведена повторная коррекция. В остальных случаях результаты признаны хорошими.

Вывод. У детей довольно часто встречаются различные изолированные деформации грудной клетки которым требуется хирургическая коррекция. Выполнение оперативной коррекции в более ранние сроки исключит возможность различных осложнений.

РОСТ И РАЗВИТИЕ ЛОПАТОЧНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ШПРЕНГЕЛЯ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ

*Джураев А.М., Валиева К.Н., Алимухамедова Ф.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность проблемы. Врожденное высокое стояние лопатки или болезнь Шпренгеля – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки [1,2,3,4,5]. При болезни Шпренгеля наблюдается комплекс аномалий развития, основными проявлениями которого являются: нарушение пространственного положения, роста и деформация лопатки, смещение в краниальном направлении проксимального конца ключицы, гипоплазия мышц надплечья и туловища, вплоть до полной их аплазии, нарушение функционального состояния нервно-мышечного аппарата, патология со стороны магистральных сосудов и нарушение периферического кровотока [6,7,8]. До настоящего времени недостаточно изучены развитие и формирование лопаточной кости после низведения её до нормального уровня у детей.

Целью настоящей работы является - изучение роста и формирования лопаточной кости у детей с болезнью Шпренгеля в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Нами проведено клинико-лучевые методы исследования у 33 детей с врожденным высоким стоянием лопатки, от 4 до 13 лет, лечившиеся оперативным методом в отделении детской ортопедии ГУ РСНПМЦТО МЗ РУ за период с 2008 по 2022 гг. Всем больным проведены клинические, цифровые рентгенологические, МСКТ исследования грудной клетки с целью изучения формы и размеров лопаточной кости. Исследования проводили в рентгенодиагностическом отделении: рентгенологические исследования в современном цифровом аппарате WDM, HF51-5 (производство - Китай), МСКТ исследования на аппарате Neuviz 64 фирмы Neusoft (производство - Китай).

Всех больных мы распределили в 2 группы. В первую группу (12 детей) включили больных, оперированных без реконструкции формы лопаточной кости. Во вторую группу вошли 21 детей оперированных с реконструкцией форма лопаточной кости.

Для проведения статистической обработки первичных данных и реализации некоторых специальных алгоритмов и статистического анализа использованы возможности программы Excel 2017 (Microsoft, США).

Результаты исследования и обсуждение.

Наши наблюдения показали, что у детей с болезнью Шпренгеля наблюдаются не только аномальное высокое расположение лопатки, но и недоразвитие и деформация формы лопаточной кости. У 9 детей нами отмечены крючкообразная, у 11 – вогнутая и 12 – смешанная деформация формы лопаточной кости. У контрольной группы больных нами были проведены операции низведения лопаточной кости без изменения формы лопатки. У основной группы больных (22 детей) осуществлены операции с низведением и реконструкцией патологической формы лопаточной кости. Реконструкцию формы лопатки производили путем поднадкостничного надлома по линии деформации и затем фиксировали сшиванием лавсановой ниткой или спицами Илизарова.

Индекс лопаточной кости с болезнью Шпренгеля у здоровой стороны до лечения в контрольной группы больных составило $1,83 \pm 0,12$, в основной группы больных составило $1,93 \pm 0,34$, в пораженной стороны у контрольной группы больных составило $1,42 \pm 0,21$, в основной группы больных составило $1,52 \pm 0,67$. После оперативного лечения у детей с болезнью Шпренгеля: у здоровой стороны в контрольной группы больных составило $1,84 \pm 0,21$, в основной группы больных составило $1,95 \pm 0,22$, в пораженной стороны у контрольной группы больных составило $1,42 \pm 0,21$, в основной группы больных составило $1,71 \pm 0,18$.

Выводы: Таким образом, МСКТ исследования является незаменимым методом диагностики формы и развития при болезни Шпренгеля у детей. Несомненным преимуществом МСКТ исследования было анализ формы и размеров лопатки, что позволило объективно оценить формы, размеры, пространственное взаимное положение костей, планировать план оперативного лечения, а также определить рост и развития лопаточной кости до и после оперативного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМИ
РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ.

Драчева Н.А.

*ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального
образования Минздрава России*

Актуальность проблемы: В эпоху пандемии COVID-19 ситуация с сезонными ОРВИ в России претерпевала значимые изменения. В 2020 году зарегистрирован значительный подъем заболеваемости ОРВИ в сравнении с 2019 годом (на 11,5%), что было обусловлено совместным учетом ОРВИ и случаев COVID-19 с клинической картиной ОРВИ в форме государственного статистического наблюдения. С 2020г регистрация ОРВИ и COVID-19 проводится отдельно. Но несмотря на это, в 2021г продолжался рост заболеваемости ОРВИ в сравнении с 2020г. (на 16%).

В настоящее время особое внимание уделяется ко-инфекции COVID-19 с другими респираторными инфекционными агентами, однако исследования по данной проблеме единичны. Связь между обнаружением 2-х и более инфекционных агентов при COVID-19 и тяжестью течения инфекции изучается. На данном этапе в литературе получены противоречивые данные, которые требуют обсуждения, что и легло в основу нашего исследования.

Цель исследования: проанализировать особенности течения ко-инфекции COVID-19 и ОРВИ различной этиологии у детей.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 287 пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет с подтвержденной методом полимеразной цепной реакции (RT-PCR) назофарингеального мазка инфекцией COVID-19, госпитализированных в инфекционные отделения ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой ДЗМ», в период с 28 сентября по 30 ноября 2020г.

Этиологическая расшифровка ОРВИ в мазке из носо-и ротоглотки у всех детей осуществлялась с использованием Real Time PCR на 13 наиболее распространенных сезонных респираторных вирусов: вируса парагриппа 1-4 (hPiv 1, hPiv 2, hPiv 3, hPiv 4), риновируса (hRV), респираторно-синцитиального вируса (hRSV), аденовируса (hAdV), метапневмовируса человека (hMPV), бокавируса (hBoV), сезонных коронавирусов (hCoV-229E, hCoV-OC43, hCoV-NL63, hCoV-HKU-1) - набор «АмплиСенс® ОРВИ-скрин-FL на базе Федерального научного центра исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова РАН (Институт полиомиелита).

Статистическая обработка проводилась с использованием показателей вариации (осуществлялся расчет средней ошибки (m) для относительной величины).

Результаты исследования.

При наблюдении 287 детей с коронавирусной инфекцией COVID-19 у 12(4,2±1,18%) из них зарегистрирована ко-инфекция COVID-19 и сезонные респираторные вирусы: у 4(33,3±13,6%) детей выделен риновирус (hRV), у 3(25±12,5%) больных – аденовирус (hAdV), у 2(16,7±8,2%) человек – вирус парагриппа (hPiv3+ hPiv4), у 2(16,7±8,2%) пациентов – метапневмовирус (hMPV), и у 1(8,3±7,9%) ребенка– сезонный коронавирус (hCoV HKU-1/OC43).

11(91,7±6,6%) детей переносили ко-инфекцию COVID-19 и ОРВИ в среднетяжелой форме. У 1(8,3±7,9%) ребенка с отягощенным преморбидным фоном (бронхиальная астма) отмечено тяжелое состояние при поступлении за счет проявлений дыхательной недостаточности. Все дети были госпитализированы до 7 го дня от начала клинических симптомов поражения верхних (ВДП) и/или нижних дыхательных путей (НДП).

Клинические варианты ко-инфекций COVID-19 и ОРВИ в виде ринофарингита зафиксированы у 3(25±12,5%) детей, из них по 1(8,3±7,9%) случаю у пациентов с

COVID-19 и аденовирусом, COVID-19 и риновирусной инфекцией и COVID-19 и сезонным коронавирусом соответственно; острый ларинготрахеит зарегистрирован у 1(8,3±7,9%) ребенка с COVID-19 и парагриппом; острый бронхит - у 3(25±12,5%) пациентов (2(16,7±8,2%) случая COVID-19 и риновирус, 1(8,3±7,9%) - COVID-19 и сезонный коронавирус); острый обструктивный бронхит – у 1(8,3±7,9%) ребенка с COVID-19 и метапневмовирусом. Внебольничная пневмония наблюдалась у трети детей - 4(33,4±13,6%) случая: 1(8,3±7,9%) ребенок - COVID-19 и риновирус, 1(8,3±7,9%)- COVID-19 и парагрипп, 1(8,3±7,9%) - COVID-19 и метапневмовирус, 1(8,3±7,9%) - COVID-19 и сезонный коронавирус, что обуславливало тяжесть состояния больных при поступлении и косвенно свидетельствует о влиянии вируса SARS-Cov-2 на развитие и динамику заболевания. Катаральные явления ринофарингита фиксировались у всех пациентов с поражением ВДП и НДП, что сроднит инфекции COVID-19 и ОРВИ и требует проведения этиологической расшифровки респираторных вирусных инфекций в данной группе больных.

У 11(91,7±6,6%) детей отмечалось повышение температуры тела: у 5 детей – до субфебрильных значений и у 6 пациентов - фебрильная лихорадка. Продолжительность лихорадки варьировала от 1-го до 11 дней. У 10(83,4±10,7%) пациентов синдром интоксикации в виде утомляемости, снижения аппетита, беспокойства, слабости был умеренно выражен. Показатели лабораторно-инструментального обследования соответствовали клинической форме заболевания и не отличались особой специфичностью.

Всем пациентам проводилась противовирусная терапия (рекомбинантный интерферон альфа-2b с антиоксидантами, умифеновир) продолжительностью от 2-х до 8-ми дней (в среднем 5,2 дня). Антибактериальная, патогенетическая и симптоматическая терапия детям проводилась строго по клиническим показаниям.

Продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем 4,1 койко-дней [1;14]. 10(83,4±10,7%) пациентов с улучшением было выписано под наблюдение участкового педиатра с соблюдением карантинных мероприятий, 1 (8,3±7,9%) ребенок – с выздоровлением и 1 (8,3±7,9%) ребенок – по просьбе матери ушел под расписку. Длительность выделения вируса SARS-Cov-2 составила в среднем 4,3 дня [1;20].

Выводы. Полученные результаты при исследовании ко-инфекции COVID-19 и ОРВИ у большинства детей демонстрируют преобладание поражения ВДП с явлениями ринофарингита, что определяет сходство новой коронавирусной инфекции с другими респираторными вирусными инфекциями и требует проведения этиологической расшифровки в данной когорте пациентов. Также, косвенно прослеживается доминирующее влияние вируса SARS-Cov-2 в поражении НДП с развитием пневмонии у наблюдаемых пациентов, что требует дальнейшего продолжения исследования.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ БЕСПЛОДНЫХ ПАР

*Жуманиязова С.Р., Муминова Н. Х., Ишмуратова Л.Э., Захидова К.Ш.
Хорезмский центр репродуктологии
Кашкадаринский филиал Центра развития повышения квалификации медицинских
работников, Клиника «Премиум»*

Прегнавидарная подготовка включает комплекс мероприятий профилактических и лечебных действий которые обеспечивают эффективную подготовку супружеской пары до беременности .

Цель исследование : Изучить и оценить роль предгравидарной подготовки с применением витаминно-минерального комплекса с оценкой результатов в период предгравидарной подготовки, в антенатальном периоде.

Материал и методы исследования: Обследовано 130 женщин с различными этиологическими факторами бесплодия, за исключением органических поражений органов малого таза. Возраст больных в среднем составил $24 \pm 0,7$ лет. Длительность бесплодия составила от 1 года до 7,6 лет. Из них с первичным бесплодием - 39, а у остальных - вторичное. Пациентки с вторичным бесплодием в анамнезе указали на 2 выкидыша - 43, на 3 - 14, на 4 - 9 женщины. Из соматической патологии - анемия 1-й и 2-й степени у 67 пациенток, 3-й степени у 8, инфекции мочевых путей - у 58 женщин, у 86 женщин из 130 найдены признаки воспаления вызванного *Candida*, гарднереллой и другой неспецифической флорой.

Менархе в основной группе был у большинства в 12-13,7 лет, у 34 после 14 лет, у 17 после 16. Становление менархе было в течении 1-3 года.

Мы исследовали в крови женщин содержание микроэлементов и витаминов : 25ОН Д, Магний (Mg), цинк (Zn), витамин В12, фолиевая кислота, фосфор (P), кальций (Ca). В группе у пар которые проходили лечение с диагнозом бесплодия данные состава микроэлементов и витаминов показало, что в сравнении со здоровыми женщинами все показатели были низкими. Витамин 25ОН Д в 2-3,5 фолиевая кислота в 2-2,7, витамина А и Е - в 1,5-2 раза были низкими.

Исходя из этих данных мы сочли необходимым восполнить организм витаминами 25ОН Д, А, Е, фолиевой кислотой, а также микроэлементами селен, магний, кальций - которые являются одним из «регуляторов» женской репродуктивной системы, обеспечивают оптимальный уровень фосфора и кальция в организме, влияют на репродуктивную функцию женщины и на результативность циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), а также активно участвуют в созревании фолликулов, с их полноценной овуляцией и с последующим качественным развитием хориона.

Низкие уровни витаминов и минералов становятся фактором бесплодия и отрицательным исходом вспомогательных ЭКО. В антенатальном периоде они способствует васкуляризации хориона, контролирует секрецию различных плацентарных гормонов и обеспечивает благополучное развития плода, а также участвует в формировании костей малыша, а в дальнейшем и зубов. В антенатальном периоде именно эти витамины и микроэлементы снижают случаи прерывание и угрозы выкидыша беременности в I и II триместрах, развитие плацентарной недостаточности, преэклампсии, нарушений сократительной активности матки, увеличение риска кесарева сечения, что и следовало наблюдать и в наших исследованиях.

Мы назначили «ЕСО-fertil» для женщин 75 пациенткам которые проходили лечения по поводу бесплодия по 1 таблетке 2-3 раза в сутки, а при наступлении беременности продолжали его прием в течении еще 2-3 месяцев. 55 женщинам, без него, а только отдельные фракции витаминов и микроэлементов (йод, фолиевая кислота). В состав «ЕСО-fertil» для женщин кроме витаминов и минералов входят экстракты корня солодки, дикого ямса и зеленого чая - которые содержит много фитоэстрогенов, схожие по своему действию с женскими половыми гормонами и глицирризиновую кислоту обладающую эффектом схожим с действием кортикостероидных гормонов, способствует восстановление эстрогенного фона при гипозэстрогенных состояниях, а при дисфункции яичников, особенно обусловленной гиперандрогенией снижает уровень андрогенов и нормализует менструальную функцию. Экстракт дикого ямса - нормализует гормональный фон, нормализует содержание как эстрогенов, так и андрогенов. Во время беременности данные экстракты положительно влияют на рост хориона и формированию плаценты.

На фоне комплексной терапии бесплодия наблюдение за ростом фолликула и эндометрия в течении 2-3 циклов показало, что из 130 пациенток с бесплодием у 76 были до доминантного размера (18-20мм в диаметре), толщина эндометрия в середине нормопонирующего цикла (на 13-14-е дни) составила до и свыше 10мм.

Результаты и обсуждение. В процессе коррекции бесплодия с «ЕСО-fertil» для женщин положительный результат наступал в течении 3-5-6 месяцев раньше, чем лечение было проведено без него. Именно в этой группе для созревания фолликулов и индукции овуляции применяли более низкие дозы гонадотропинов, что немаловажное значение имело как в лечебном (меньше побочных действий) так и в экономическом плане (дороговизна гормональных препаратов). При наступлении беременности у женщин, которые продолжали принимать витаминно-минеральный комплекс снизились такие осложнения как неразвивающаяся и угроза выкидыша в 2-3раза, случаи уродства и патология плаценты также в 3-4 раза, что еще раз доказывает эффективность назначенных нами витаминно-минерального комплекса для нормального течения антенатального периода и развития плода.

Обобщая выше изложенное, хотелось бы отметить, что рационально заблаговременная прегравидарная подготовка значительно снижает вероятность неудачных попыток ВРТ, коррекции бесплодия, а также уменьшает осложнений для матери, с улучшением соматического здоровья и уменьшает случаи рождения детей с врожденными пороками развития.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Захидова К.Ш., Рахимова Г.Н., Джураева А.Ш.

Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Как показывает врачебная практика, с течением длительного периода времени исследований и изучения синдрома поликистоза яичников был выявлен резкий рост численности больных, что серьезно сказывается на здоровье не только женщины, но и на развитии данного заболевания у последующего поколения. Проблемой полиэндокринного синдрома заключаются в его осложнениях, например, как, ановуляция, множественные метаболические нарушения, нерегулярный менструальный цикл, которые в совокупности приводят к бесплодию. Многие авторы считают, что у женщин, страдающих поликистозом яичников, выявлен высокий риск нарушения к восприимчивости глюкозы и развитию сахарного диабета II типа.

А также для развитие данного синдрома способствуют нарушения гуморальнорегуляторной системе, что приводит в основном к нарушению работы гипофиза, дисфункции яичников, поджелудочной железы, коры надпочечников и всех желез организма в целом. Это связано с повышением гормона тестостерона, который является основным мужским гормоном, и как нам известно у здоровых женщин в репродуктивном возрасте его концентрация составляет малое количество 0,13 – 3,09 нг/мл.

Нами было проведено анкетирование пациенток обратившихся в Республиканский репродуктивный центр за период 2019-2021 гг. об информированности о синдроме поликистоза яичников. Было выяснено, что 80% женщин и девушек информированы о данном синдроме. 50% ознакомлены с факторами, которые влияют на развитие синдрома, из 50% – 20% указывали на нарушение гормонального фона женщины, 30% опрошиваемых указывали на наследственность. Также можно сказать, что большая часть анкетированных осведомлены о методе ультразвукового исследования – 80%. Опрошиваемые девушки знают о том, что при синдроме поликистоза яичников происходит нарушение

детородной функции в репродуктивном возрасте, что одной из характерных черт считается отсутствие менструального цикла (100%). Также результаты анкетирования показали, что основные методы профилактики заключаются в посещении врача – гинеколога (60%), остальные – врача-эндокринолога (40%). Таким образом, синдром ПКЯ относится к гормональному патологическому процессу, который возникает вследствие нарушения гипоталамической регуляции функции яичников. Это выражается в виде возникновения множественных новообразований в виде кист на половых железах женского организма. При развитии патологического процесса на поверхности яичников возникает мультифолликулярность, характеризующаяся появлением фолликулов, в которых находится жидкость и незрелые яйцеклетки. Таким изменения ведут к бесплодию. Однако при правильном лечении женщина может полноценно зачать, выносить и родить здорового ребенка. Также необходимо знать, что поликистоз яичников не является заболеванием, а фигурирует как клинический синдром, который возникает по различным причинам.

ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Захидова М.З., Хасанова Д.А., Захидова М.У
Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников при МЗ РУз*

Актуальность. Широкое распространение цитомегаловирусной инфекции в человеческой популяции обуславливает актуальность изучения данной инфекции. Известно то, что у новорожденных и детей матери, которых перенесли цитомегаловирусную инфекцию в период беременности, могут развиваться различные нежелательные последствия. Обычно ЦМВИ протекает бессимптомно, но при условиях сниженного иммунитета у беременной, инфекция может вызвать невынашивание беременности, эмбрио- и фетопатии, внутриутробную инфекцию, бесплодие, инфекцию мочеполового тракта как у плода и так и у материи.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 515 беременных. Возраст обследованных женщин колебался от 19 до 44 лет, в среднем составляя 31,8 лет. Из общего количество обследованных беременных патология почек выявлена у 272 беременных, что составляет 52,8% случаев. Анализу подвергались карты беременных формы № 112 и истории их родов. У всех беременных клиническое обследование включало: изучение анамнеза, аллергических проявлений, отягощенной наследственности по неинфекционным заболеваниям, акушерского анамнеза. Оценка объективного состояния органов сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, нервной системы, костно-суставной и мочевыделительной систем. Лабораторная диагностика включала клиническую оценку крови, мочи, анализ мочи по Нечипоренко, биохимические анализы: ферменты печени, билирубин, креатинин, холестерин, сахар крови. Всем беременным проведено ультразвуковое исследование плода. Для определения наличия цитомегаловирусной инфекции проведено вирусологическое исследование крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования показали, что из общего количества обследованных у 6 (2,2%) беременных наблюдалась гипостенурия, что говорит о нарушении процесса концентрации мочи. макроальбуминурия определена у 72 (29%) беременных, выщипывание эпителия выше нормы выявлено у 203 (74,6 %) беременных, что указывает на наличие воспаления нижнего этажа мочевого тракта. Большое количество лейкоцитов обнаружено у 47 (17,2%) беременных, что обусловлено наличием активного воспаления. Изучение мочевого осадка показал нарушение водно-солевого и электролитного обменов. В осадке мочи обнаружены у 11 (4%) ураты, у 39- (14%)

оксалаты и у 20 (7,3%) беременных фосфатурия. Наличие в моче бактерий выявлена у 136(50%) беременных. У обследованных беременных были диагностированы бессимптомная бактериурия 30 (19,2%), обострение хронического пиелонефрита 39 (28,6%) и мочекаменный диатез 5 (3,7%) , гестационный пиелонефрит развился у 18 (13,3%) беременных.

Выводы: Обследование на ЦМВИ показало, что у женщин с протеинурией, лейкоцитурией и бактериурией наблюдается высокий уровень вирусемии, что приводит к вовлечению в патологический процесс плаценты, что как правило предшествует внутриутробному инфицированию плода. Наличие вируса в цервикальном канале матки беременной может привести к его проникновению в околоплодные воды через плодные оболочки. Изучение состояния почек у беременных женщин показало возможность развития проблем, как у плода, так и у матери. В нелеченных случаях это состояние опасно развитием латентной инфекции в послеродовом периоде, с формированием структурных изменений и развитием хронической почечной недостаточности.

РОЛЬ ГЛИКОДЕЛИНА ПРИ ПРИВЫЧНОМ ПОТЕРЕ ПЛОДА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

ЗУБАЙДИЛЛОЕВА З. Х., ЗУБАЙДУЛЛОЕВА З. Х.

Самаркандский государственный медицинский университет

Целью нашего исследования явилось разработать критерии эффективности предгравидарной подготовки у женщин с патологией эндометрия после неразвивающейся беременности.

Материалы и методы. С целью реализации поставленных задач был произведен клиническое обследование 81 беременных женщин с угрозой прерывания беременности, 49 женщин были обследованы в I триместре беременности и 32 женщин во II триместре. Материалом исследования послужили сыворотка периферической крови беременных в I и II триместрах. В зависимости от клинической картины и исхода беременности в I триместре пациентки были разделены на 4 группы:

1 Основная группа которая подразделена на подгруппы: I А подгруппа (контрольная) 13 здоровых беременных женщин, I В подгруппа 13 беременных с явлениями угрожающего самоаборта без признаков наружного и внутреннего маточного кровотечения. I С подгруппа 12 женщин с начавшимся самоабортом, с наличием кровянистых выделений из половых путей, I D подгруппа, 11 беременных с верифицированной при помощи УЗИ неразвивающейся беременностью.

2 Основную группу составили, беременные II триместра по тем же признакам были разделены на следующие подгруппы II А подгруппа (контрольная) 14 женщин с физиологическим течением гестации, состоявших на учете в женской консультации, II В подгруппа 18 беременных с признаками угрожающего позднего самоаборта, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении 1- Клиники СамМИ. Наряду с общеклиническими в работе использовалось определение гликоделина в сыворотке крови беременных женщин с методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. Полученные в результате исследования данные показывают, что уровень гликоделина в сыворотке периферической крови у беременных с угрозой прерывания беременности достоверно снижен по сравнению с контролем и неразвивающейся беременностью. Таким образом, если в первом триместре высокий уровень гликоделина и иммуносупрессии является необходимым условием для полноценной имплантации и защиты развивающегося эмбриона от реакции

материнского организма, то во втором триместре, после окончания второй волны инвазии трофобласта, уровень гликоделина в норме снижается.

Заключение. Таким образом, по нашим данным определение уровня сывороточного гликоделина в указанные сроки беременности является информативным методом прогнозирования исхода беременности. Имеет место положительная корреляция между тканевым и сывороточным уровнями гликоделина а при самопроизвольном прерывании беременности в I и II триместрах носят разнонаправленный характер. В I триместре происходит снижение, а во II триместре повышение содержания гликоделина в сыворотке крови.

СОСТОЯНИЕ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА

Ибатова Ш. М.

Самаркандский государственный медицинский университет.

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) по распространенности занимают второе место среди эндокринных заболеваний после сахарного диабета. Нарушения секреции гормонов ЩЖ наиболее часто встречаются в условиях дефицита йода в окружающей биосфере, при чрезмерной физической, психической деятельности, патологической беременности, нарушении питания, при хронических инфекционных и неинфекционных заболеваниях. В то же время взаимосвязь между эндокринной и иммунной системами является одним из важных факторов, обеспечивающих поддержание гомеостаза. Описаны единичные сообщения о нарушениях функциональной активности иммунной системы при йододефицитных заболеваниях ЩЖ.

Цель исследования. Установить обеспеченность организма йодом и функциональное состояние иммунной системы у детей с заболеваниями щитовидной железы, проживающих на территории Самаркандской области, эндемичной по низкому содержанию йода в окружающей среде

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 43 ребенка обоего пола с заболеваниями ЩЖ в возрасте от 7 до 14 лет. Обследованные больные были распределены на 2 группы: I-я группа состояла из 33 детей с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) II-III степени, II-я группа – 10 детей с диффузным нетоксическим зобом (ДНЗ) III-IV степени.

Было проведено исследование утренней мочи у 29 детей с АИТ и у 10 детей с ДНЗ. Определение неорганического йода в моче проводили интритно-роданитным методом (Юлаев М. Ф., 1998). Исследование иммунного статуса включало: определение Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования (Е-РОК) и В-лимфоцитов (ЕАК-РОК), количественное определение иммуноглобулинов классов А, М, G – методом радиальной иммунодиффузии по Манчини (1985).

Результаты исследований. Согласно полученным результатам исследования, средний возраст обследованных больных детей, входящих в 1-ую группу равнялся $10,5 \pm 0,9$ годам, средний показатель их веса – $32,1 \pm 4,7$ кг, а средний показатель роста – $130,9 \pm 7,1$ см. Средний возраст детей из 2-ой группы с ДНЗ составил $11,0 \pm 0,7$ годам, средний показатель их веса – $34,4 \pm 4,3$ кг, а роста – $141,5 \pm 5,1$ см. Согласно стандартам весо-ростовых показателей они относились к области «средних величин». Основными симптомами АИТ у наблюдаемой нами группы детей явились симптомы гипотиреоза. В гемограмме отмечались признаки нормохромной анемии I-II степени. У больных движения были замедлены, отмечалась вялость, апатия, сонливость, снижение памяти.

При пальпаторном исследовании ЩЖ у детей данной группы выявлялось увеличение ЩЖ II-III степени. Консистенция ЩЖ была мягкоэластичной у 20 детей, плотноэластичной у 13 детей, а при УЗИ отмечалось равномерное гомогенное увеличение ЩЖ.

При осмотре детей с ДНЗ было выявлено увеличение ЩЖ без нарушения ее функции. При пальпаторном исследовании ЩЖ у 9 детей данной группы выявлено ее увеличение до III степени, а у 1 ребенка – V степени. Мягкоэластичная консистенция ЩЖ отмечена у 7 детей, плотноэластичная – у 3 детей. При УЗИ выявлено гомогенное увеличение ЩЖ. Как показали результаты исследований, уровень неорганического йода в утренней моче был снижен. Так, у детей с ДНЗ, его содержание составило 5,6-7,9 мкг на 100 мл, что соответствовало легкой степени недостаточности экскреции йода с мочой, а у детей с АИТ отмечалась более выраженная недостаточность. Содержание йода в утренней порции их мочи составило 4,1-5,5 мкг на 100 мл.

Изучение состава клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с АИТ показало снижение относительного и абсолютного количественного содержания Т- и В- лимфоцитов. Система гуморального звена иммунитета характеризовалась низким уровнем IgG и IgA. У детей с ДНЗ также отмечены снижение относительного и абсолютного количественного содержания Т- и В- лимфоцитов. В системе гуморального звена иммунитета выявлено повышение уровня Ig класса А и М при низком уровне Ig класса G.

Полученные результаты исследований свидетельствовали о наличии функциональной недостаточности иммунной системы, выражающейся в снижении активности Т-клеточного звена иммунитета и дисиммуноглобулинемии, а также В-клеточного звена иммунной системы у детей с пониженной функцией ЩЖ. Данные изменения свидетельствуют о тесной взаимосвязи эндокринной и иммунной систем.

Выводы. Скрининговое исследование детей, проживающих на территории с дефицитом йода, выявило широкую распространенность увеличения щитовидной железы, низкий уровень экскреции с мочой неорганического йода в моче. Полученные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи эндокринной и иммунной систем, что имеет свое отражение в снижении функциональной активности Т-клеточного и дисфункции В-клеточного звеньев иммунитета.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИБОМУНИЛА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Ибатова Ш.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Актуальность. Проблема лечения детей с респираторной патологией остается наиболее актуальной в практике врача-педиатра и имеет социальную значимость так как этот контингент оказывает наиболее значительное влияние на формирование общего уровня заболеваемости детского населения. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что у детей первых трех лет жизни заболеваемость острыми респираторными инфекциями в 2-2,5 раза выше, чем в возрасте 10 лет и старше. Частые респираторные заболевания у детей связаны со сниженным иммунитетом. С другой стороны, если ребенок часто болеет, это приводит к дальнейшему ослаблению иммунитета.

Цель исследования. Изучить эффективность Рибомунила у детей с острыми респираторными инфекциями.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 52 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет, мальчиков – 31(60%) и девочек -21 (40%). Дети были разделены на 2 группы, у пациентов I группы 28 (54%) отмечались частые острые респираторные

инфекции (3-6 раз в год) и они получали Рибомунил на протяжении 6 месяцев, II группу составили 24 пациента (46%), которые получали общепринятые реабилитационные мероприятия на участке. Препарат Рибомунил назначали утром по 3 таблетке 4 дня каждый из 3 –х недель на первом месяце лечения. В последующие 2-6 месяцев лечения в той же суточной дозе в первые 4 дня месяца.

Результаты исследований и их обсуждение. В I группе 4 раза болел 1 ребенок (3,6%), тогда как в группе, где дети не получали Рибомунил 4,5,6 и более болели 21 ребенок (87,5%). Несмотря на то, что у 21,4% детей I группы, острые респираторные инфекции возникали 3 и более раз, родители отмечали, что характер заболеваний изменился: дети легко и быстро переносили заболевания, их состояние не требовало применения антибактериальных препаратов, тогда как дети 2 группы имели более тяжелое течение заболевания и им требовалось применение антимикробных препаратов. Обследованные больные получали симптоматическое лечение (лекарственные препараты, снижающие температуру тела, муколитики и бронхотические средства). До дечения почти каждый ребенок с острой респираторной инфекцией принимал антибактериальный препарат.

У пациентов с обструктивным синдромом отмечались наилучшие клинические результаты, у них снижалась как частота рецидивов, так и тяжесть их проявлений. Терапия Рибомунилом значительно улучшает клинический и иммунологический статус детей с респираторной патологией. В последние годы Рибомунил назначают детям в качестве иммуномодулятора с целью сокращения заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Препарат Рибомунил у детей с острыми респираторными инфекциями способствует обезвреживанию и выведению из организма вирусов, бактерий, препятствует «наслоению» вторичной инфекции и значительно снижает возникновение рецидивов. Данный иммуномодулятор оказывает лечебно-профилактическое действие при респираторной патологии и предупреждает развитие осложнений и рецидивов.

Выводы. Таким образом, дети с острыми респираторными инфекциями принимают Рибомунил 1 раз в сутки утром, что является удобным. Применение Рибомунила существенно снижает частоту острых респираторных инфекций, способствует предупреждению осложнений и рецидивов, оказывая выраженное эффективное влияние на течение острых респираторных заболеваний.

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

*Ибрагимов Ж.Х., Саттарова М.Г. Ибрагимов Ж.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Оценка результатов операций при различных степенях варикоцеле у детей.

Материалы и методы. Обследовано 46 мальчиков с различными степенями варикоцеле. Они распределились по возрасту: от 12 года до 15 лет – 30 мальчиков (65,2%), 13 – 18 лет - 16 (34,8%). По степени: 1-ая – 6 (13,2%), 2-ая – 32 (69,5%) и 3-ая – 8 (17,5%). Все мальчиков обследованы на наличие сочетанных аномалий, проведены общеклинические исследования. Все мальчиков оперированы лапароскопическом способом «Лапароскопическое клипсирование яичковых вен слева». При всех формах варикоцеле - под интубационным наркозом. Длительность операции – не больше 30 минут. Во время операции левосторонняя расширенная яичковая вена с клипсатором клипсируется два раза (клипса металлического материала).

Результаты. У всех детей результаты признаны хорошими, кроме 1 больного. У него был рецидив варикоцеле. Причиной этого, на наш взгляд, является невидимая добавочная яичковая вена и нагрузка спортивного режима.

Выводы. Таким образом, лапароскопический способ хирургической коррекции варикоцеле методом «Лапароскопическое клипсирование яичковых вен слева», на наш взгляд, даёт возможность улучшения результатов трофики мошонки и избежать рецидивного варикоцеле у подростков.

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ОДНОМОМЕНТНЫМ СПОСОБОМ «ONLAY FLAP»

*Ибрагимов Ж. Х., Абдурахимов С.О. Ибрагимов Ж.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Оценка результатов операций при различных формах гипоспадии (ГС) у детей.

Материалы и методы. Обследован 31 мальчик с различными формами ГС. Они распределились по возрасту: от 1 года до 3 лет – 5 человек (16,1%), 4 – 6 лет – 10 (32,2%), 7 – 10 лет – 8 (25,8%) и старше 10 лет – 8 (25,8%). По форме: головчатая – 6 (19,3%), венечной борозды – 7 (22,6%), стволовая – 16 (51,6%), пеноскротальная – 1 (3,22%), «гипоспадия без гипоспадии» - 1 (3,22%). Все дети обследованы на наличие сочетанных аномалий, проведены общеклинические исследования. Все дети оперированы одномоментным способом «ONLAY FLAP». При тяжелых формах ГС прибегали к созданию артефициальной уретры по Duplay. В качестве «укрывающего лоскута» использовали кожно-слизистые ткани на ножке из вентральной поверхности полового члена. В качестве шовного материала использовали Marilon, который является ареактивным и не вызывает воспалительные реакции.

Результаты. У всех детей результаты признаны хорошими, кроме 3 больных. У них сформировались уретральные свищи. Причиной этого, на наш взгляд, является выраженное рубцевание и недостаток кожи.

Выводы. Таким образом, одномоментный способ хирургической коррекции ГС методом «ONLAY FLAP» с использованием сохраненной уретры способствует улучшению трофики, благодаря чему удается сохранить адекватное питание кожи, обеспечивающее хорошее приживание лоскута, а также позволяет избежать кольцевых анастомозов.

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

*Ибрагимов Ж.Х., Саттарова М.Г. Ибрагимов Ж.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Оценка результатов операций при различных степенях варикоцеле у детей.

Материалы и методы. Обследован 46 мальчик с различными степенями варикоцеле. Они распределились по возрасту: от 12 года до 15 лет – 30 мальчиков (65,2%), 13 – 18 лет – 16 (34,8%). По степени: 1-ая – 6 (13,2%), 2-ая – 32 (69,5%) и 3-ая – 8 (17,5%). Все мальчиков обследованы на наличие сочетанных аномалий, проведены общеклинические исследования. Все мальчиков оперированы лапароскопическим способом «Лапароскопическое клипсирование яичковых вен слева». При всех формах варикоцеле оперирование под интубационным наркозом. Длительность операции не

больше 30 минут. Во время операции левосторонняя расширенная яичковая вена с клипатором клипсируется два раза (клипса металлического материала).

Результаты. У всех детей результаты признаны хорошими кроме 1 больных. У него было рецидивный варикоцеле. Причиной этого, на наш взгляд, является невидимый добавочный яичковая вена и нагрузка спортивного режима.

Выводы. Таким образом, лапароскопический способ хирургической коррекции варикоцеле методом «Лапароскопическая клипсирование яичковых вен слева», на наш взгляд улучшение результатов трофики мошонки и избежать рецидивный варикоцеле у подростков.

ТРОЙНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Ибрагимов С.Ю., Маматкулов О.Х., Нуралиев А.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд

Актуальность: На сегодняшний день проблема хирургического лечения остаточных проявлений врожденных вывихов бедра у детей старшего возраста и подростков остается весьма актуальной. По сложившейся традиции, ведущими методами хирургической коррекции нестабильности тазобедренного сустава у детей старшей возрастной группы и подростков стали вмешательства на проксимальном отделе бедренной кости, то есть его «подгонка» под диспластическую, неправильно ориентированную вертлужную впадину, тогда как в дальнейшем определяющим для «судьбы» сустава является состояние вертлужного компонента. При диспластическом коксартрозе в 80% наблюдений ведущим компонентом дисплазии является тазовый, поэтому остеотомии бедренной кости не в состоянии восстановить нормальные биомеханические взаимоотношения в тазобедренном суставе. Остеотомии таза должны отвечать следующим условиям: должна восстанавливаться конгруэнтность суставных поверхностей, головка бедра должна быть покрыта суставным гиалиновым хрящом, не должна нарушаться биомеханика тазобедренного сустава, не вызывать повышение внутри суставного давления.

Цель исследования. Изучение результатов применения тройной остеотомии таза в лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава.

Материал и методы. Наше сообщение основано на анализе результатов лечения 18 больных (22 сустава), лечившихся по поводу остаточной дисплазии тазобедренного сустава. Возраст больных составлял от 7 до 14 лет. Среди больных мальчиков было 6, девочек 12. Обследование больных проводилось с использованием клинического, рентгенологического и компьютерно-томографического методов с построением трехмерной модели тазобедренного сустава. Больным были проведены следующие оперативные вмешательства после предварительной подготовки, 9 больным выполнена тройная остеотомия таза по методике, предложенной А.М.Соколовским, одному больному тройная остеотомия дополнена мини-артротомией, еще у 8 больных выполнена тройная остеотомия таза в сочетании с подвертельной корригирующей остеотомией бедренной кости. Тройная остеотомия таза по методике А.М.Соколовского производится из одного переднего доступа Петерсона. По ходу операции полностью рассекаются только две мышцы: m.sartorius и m.ilioasoas. Самый трудный этап операции это остеотомия седалищной кости. При остеотомии седалищной кости глубина раны возрастает, что затрудняет проведение остеотомии, на что указывает и сам автор. В случаях, когда шеечно-диафизарный угол больше 145° , угол антеторсии больше чем $45-50^{\circ}$, изолированный вариант тройной остеотомии таза не в состоянии компенсировать изменения проксимального отдела бедренной кости. В этих случаях приходилось комбинировать тройную остеотомию таза с подвертельной

osteotomy бедренной кости. При таких случаях для остеотомии седалищной кости использовали методику, предложенной Н.М.Белокрыловым, то есть проходили между остеотомированными фрагментами бедренной кости, что намного улучшает обзор седалищной кости и делает этот этап операции более безопасным. Проведение остеотомии подвздошной и лонной костей без отслойки надкостницы позволяет значительно уменьшить кровопотерю и снижает травматичность операции. У больных, которым проведена тройная остеотомия таза с подвертельной корригирующей остеотомией бедра после ротации ацетабулярного фрагмента между отломками подвздошной кости вводили ауто-трансплантат, взятый из подвертельной области для улучшения консолидации костных отломков.

Результаты: Так как, эта методика применяется недавно и у нас сравнительно немного численный материал для исследования, оценка рентгенометрических результатов проведенных операций предварительная. Угол Виберга до операции в среднем был равен 12° , после операции составил в среднем 26° . Степень костного покрытия до операции составляла в среднем 0,72, после операции у всех больных составила 1. Среднее значение угла вертикального соответствия до операции составила $71,5^\circ$, после операции составила 86° . При оценке объема движений в оперированных суставах после 6 месяцев наблюдения у всех больных восстановился объем движений, определенный до операции. Результаты оперативного лечения оценивались как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Отличные результаты лечения были получены у 4 больных. Хорошие результаты отмечены у 10 больных. Удовлетворительные результаты отмечены у 4 больных.

Выводы: Результаты применения тройной остеотомии таза показывают высокие разрешающие способности тройной остеотомии таза при лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава. В случаях, когда наблюдаются большие изменения в проксимальном отделе бедренной кости целесообразно комбинировать тройную остеотомию таза с корригирующей остеотомией бедренной кости. Мы считаем целесообразным дальнейшее внедрение тройной остеотомии таза в хирургическом лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПЕРЕНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Инакова Б.Б., Сидиков Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

По данным литературы задержка нервно-психического развития (НПР) часто выявляется у недоношенных детей, и ее связывают с незрелостью нервной системы у последних. Задержка НПР является нередким и среди переносенных детей, однако характеристика нервно-психического развития переносенных изучена недостаточно.

Цель исследования. Изучить особенности нервно-психического развития у переносенных новорожденных в сравнительном аспекте с доношенными детьми.

Материалы и методы исследования. Применено НПР 40 переносенных и 20 доношенных детей по шкале Журбы И.Т. и Е. М. Мастюковой. Новорожденные обследовались клинически (оценка НПР, шкала Апгар, неврологическая оценка), а также путем нейросонографии головного мозга (Philips-480).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами выявлено, что симптомы неврологической очаговой симптоматики чаще встречаются у переносенных ($30\% P < 0.01$), чем у доношенных (10%), в раннем неонатальном периоде. Признаки церебральной патологии были обнаружены у $22,5\%$ переносенных и у 5% доношенных ($P < 0.01$). Признаки натального повреждения шейного отдела спинного мозга и позвоночника выявлены также часто у переносенных (15% , $P < 0.01$), чем у

доношенных (5%). Динамическое наблюдение детей в первые 3-6 месяцев жизни показало, что задержка НПП более чаще проявляется у переносенных детей (12,5%), чем у доношенных (5% $P < 0,05$). Последние сильно положительно коррелируются с УЗИ данными, т.е. расширением субарахноидального пространства (20%, против 5%, $P < 0,01$), увлечением III-IV желудочков головного мозга (12,5% против 5%, $P < 0,05$), со структурными изменениями перивентрикулярной области (7,5%), что не обнаруживалось у доношенных детей.

Новорожденные с большой массой тела при рождении также являются фактором риска спинальных повреждений и нарушений в двигательной сфере, что необходимо учитывать при ведении этих детей в поликлинике.

Вывод. Переносенные дети в интранатальном периоде часто подвержены повреждениям головного мозга и структур ЦНС, что необходимо учитывать при их диспансерном наблюдении. Такие дети должны более углубленно обследоваться у детского невропатолога, нейрохирурга, травматолога, чтобы исключить их последствия в постнатальном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время актуальной проблемой педиатрии остается лечение больных с внутриутробной инфекцией. Эффективность лечения определяет исход, развитие возможных осложнений и последствий тяжелого течения внутриутробной инфекции.

Целью работы явилось изучение иммунного статуса больных с внутриутробной инфекцией и попытка проведения иммунокоррекции выявленных нарушений.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 22 новорожденных из родильных домов Кургантепинского района Андижанской области. Диагноз внутриутробного инфицирования был подтвержден с помощью иммуноферментного метода (ИФА): герпес – 3, коксаки – 4, цитомегалия – 10, токсоплазмоз – 5. Диагностическая значимость этих данных определялось уровнем адекватности иммунного ответа детей. В этом определенное значение имеет длительность воздействия этиологического фактора на жизненно важные органы плода.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина наблюдаемых больных отличалась большим полиморфизмом – гепатоспленомегалия, аспирационный, геморрагический, гипертензионно-гидроцефальный синдромы, пороки развития, лихорадка, гипотрофия и т.д. Очевидно, причиной возникших осложнений у наблюдаемых больных явились выявленные у них признаки иммунодефицита, в частности, в большей степени макрофагального звена иммунитета. У всех больных выявлено значительное снижение функциональной активности нейтрофилов и моноцитов. Для иммунокоррекции выявленных нарушений в комплексную терапию всем наблюдаемым больным, был включен лейкоинтерферон – комплексный препарат интерферона альфа и цитокинов – парентерально по 10 тыс. ед и энтерально по 20-40 тыс. ед. С целью воздействия на вирусы введение интерферона сочеталось с применением протеклазида.

Вывод. Таким образом, больным с внутриутробной инфекцией необходимо проводить иммунологическое исследование с целью определения нарушений в иммунном статусе и своевременной их иммунокоррекции. Введение в качестве иммуномодулятора лейкоинтерферона может способствовать предупреждению хронизации основного заболевания, в качестве противовирусного средства у этих больных эффективно использование препарата протеклазид.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Инакова Б.Б., Санжарова Г. Н.

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.

Целью данной работы явилась оценка симптомов ЖДА, частота проявлений и особенностей их клиники у детей школьного возраста.

Материал и методы. Возраст обследованных был: от 7 – 10 лет - 88, 11 - 14 лет - 81 школьников. Под нашим наблюдением находилось 169 школьников с ЖДА в возрасте от 7 до 14 лет.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня гемоглобина, количества эритроцитов, уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/.

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 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” наблюдалось у 36 (21,3%) детей, так называемые “заеды” в углах рта - ангулярный стоматит у 13 (7,67%).

Выявлены также отклонения функций 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.

Важным обстоятельством, приводящим к дефициту железа у школьников, явились погрешности в режиме питания в виде сухоедения, преобладания в рационе молочно-растительной пищи, недостаточное потребление 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.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Инакова Б.Б., Сидиков Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт.

По данным экспертов ВОЗ, первое ранговое место в структуре перинатальной смертности принадлежит внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах, которые составляют около 48%, при этом 1,0 – 1,5% родившихся детей переносят асфиксию плода средней или тяжелой степени с развитием в последующем гипоксическо-ишемической энцефалопатии и поражением других органов.

Целью данной работы явилось изучение нервно-психического развития детей с перинатальным поражением ЦНС легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 новорожденных от 0 до 3 лет. Из них основную группу составило 40 новорожденных и контрольную группу 20 детей (здоровые новорожденные).

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ полученных результатов обследования показал, что в спектр выявленных синдромов был достаточно разнообразен. Частота выявленных синдромов у детей, перенесших легкую и среднюю степень поражения ЦНС в перинатальном периоде была различной.

В качестве исходов перинатального поражения ЦНС легкой и средней степени тяжести наиболее часто встречался синдром двигательных нарушений, проявляющийся нарушениями мышечного тонуса, причем частота встречаемости данных нарушений была сопоставимой между I и II группами.

В неврологическом статусе детей с перинатальным поражением средней степени тяжести (III группа) с высокой степенью достоверности ($p=0,0001$) преобладал синдром угнетения ЦНС, который сохранялся в течение длительного времени от 7 до 21 суток жизни, что клинически проявлялось угнетением безусловно-рефлекторной деятельности, и в первую очередь рефлексов спинального автоматизма, длительным отсутствием сосательного рефлекса, требовавшего длительного зондового питания, значительным снижением спонтанной двигательной активности. На фоне синдрома угнетения у 2 детей (7,69%) были отмечены неонатальные судороги, которые носили генерализованный характер. Среди двигательных нарушений у наблюдаемых детей преобладали синдромы нарушения мышечного тонуса. Причем у большинства детей с легким поражением ЦНС преобладали нарушения в виде гипертонуса, в то время как у новорожденных с поражением ЦНС средней степени тяжести чаще отмечался синдром мышечной гипотонии.

При дальнейшем наблюдении, у 2 детей (7,14%) II группы и 5 (19,23%) - III группы был выявлен гипертензионный синдром. Очаговая симптоматика в виде сходящегося косоглазия, псевдобульбарных расстройств была выявлена только у детей с поражением ЦНС средней степени тяжести - у 2 (7,69%).

Таким образом, анализ клинико-anamнестических данных свидетельствует о ведущей роли комплексного воздействия различных факторов риска, действующих на всех этапах развития - ante-, intra- и постнатального.

Анализ исходов перинатального поражения ЦНС показал, что даже при легкой степени поражения головного мозга у данного контингента детей в дальнейшем имеются отклонения в неврологическом статусе.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Инакова Б.Б., Шамсутдинова Д. Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Вирусные инфекции в перинатологии представляют серьёзную опасность для плода и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии (мертворождение, пороки развития органов, задержка внутриутробного развития), а также могут быть причиной различных гематологических изменений.

Цель исследования. Выявить возможные особенности изменений в гемограмме новорожденных и детей раннего возраста с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции.

Материал и методы исследования. Обследованы 35 новорожденных и детей первых месяцев жизни по поводу обследования TORCH-инфекции. ИФА маркеры последних (токсоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводились с помощью тест-системы «Вектор-Бест»: определение антител G, M, A мембранного (МОМР) и предраннего белка указанных вирусов.

После уточнения диагноза дети распределялись на две группы: серопозитивные (n = 15) и серонегативные (n = 20). Материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты исследования. При анализе полученных данных выявлено, что матери серопозитивных детей по TORCH-инфекции во время беременности страдали угрозой прерывания беременности (60,0%) против контрольной, т.е. дети с серонегативными маркерами TORCH-инфекции - 25%, P<0,01), преэклампсией (77,8% против 40,0%, P<0,01), анемией (93,3% против 75,0%, P<0,05). У 80% матерей (против 45%, P<0,01), детей с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции наблюдалось осложненное течение родовой деятельности: преждевременное излитие околоплодных вод (46,6%), длительный безводный период (20,0%), кесарево сечение (13,5%).

Следовательно, у многих матерей с иммунологическим маркером TORCH-инфекции имеет место осложненное течение беременности и родов.

В анализе крови у детей с ИФА-маркерами TORCH-инфекции чаще выявлялась анемия с Hb ≤ 120 г/л (73,3% против 60,0%, P<0,05), тромбоцитопения ≤50000/мкл (26,7% против 15,0%, P<0,05), нейтропения (40,0% против 20,0%, P<0,05) и лимфопения (20,0% против 10,0%, P<0,05). Отличительными особенностями периферической крови новорожденных и детей первых месяцев жизни с серопозитивными маркерами TORCH-инфекции явилось уменьшение общего количества лейкоцитов (5636,8±659,2 против 6397,9±305,9, P<0,05), уменьшение относительного содержания лимфоцитов (65,7±3,1% против 75,5±1,54%, P<0,01), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов (4,27±0,18 против 3,29±0,26%, P<0,05), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ (0,41±0,08 против 0,19±0,01, P<0,01), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ (0,49±0,06 против 0,28±0,05, P<0,05), общего индекса интоксикации – ОИИ (0,89±0,04 против 0,37±0,05, P<0,001), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ (0,54±0,04 против 0,19±0,09, P<0,05) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ (7,49±0,18 против 0,29±0,09, P<0,05).

Следовательно, у новорожденных и детей первых месяцев жизни при наличии серопозитивных маркеров TORCH-инфекции выявляются определенные гематологические изменения периферической крови. Это, по-видимому, связано с непосредственным действием вирусов внутриутробной инфекции на гемопэтические

клетки. Требуется продолжение научного поиска в определении специфичности гематологических изменений в зависимости от этиологической структуры TORCH-инфекций.

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.

Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А, Ахмедова М.М.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: Актуальность проблемы часто болеющих детей объясняется значительным увеличением числа больных, увеличением коечных фондов в детских стационарах, длительным уходом за больными детьми, а также значительным экономическим ущербом.

Цель исследования: изучение неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей с различными заболеваниями осложненной диареей.

Материалы и методы исследования: Иммунологическому обследованию подверглись 45 часто болеющих детей, госпитализированные в ДГБ №1 г.Самарканда. Изучены показатели фагоцитоза и бактерицидная активность сыворотки крови.

Фагоцитарная реакция нейтрофилов крови (процент активных фагоцитов, фагоцитарное число, завершенности фагоцитоза) определяли по методике Е.А.Олейниковой с соавторами (1975); бактерицидная активность сыворотки – нефелометрическим методом на ФЭК – 56М.

Результаты исследования: обследовано 45 дети, в возрасте от 1 года до 3 лет, относящихся к категории часто болеющих. В анамнезе выяснено, что обследованные дети в течение одного года несколько раз болели с разными заболеваниями, таких как ОРЗ, отит, тонзиллит, бронхит и во многих случаях заболевания осложнялись диареей. При распределении обследованных детей по группам учитывали диагноз заболевания. Анализ полученных данных показывает, что из 45 детей у 20% (9) отмечены обструктивный бронхит, сопутствующий – анемия 1 степени (1 группа), у 26,6% (12) – острый бронхит, сопутствующий - анемия 2 степени (2 группа) и у 53,3% (24) – ОРВИ, осложненной диареей, анемия 1 степени (3 группа).

Результаты исследования показывают, что неспецифические показатели защиты организма у часто болеющих детей с обструктивным бронхитом, процент активных фагоцитов составляет- $79,6 \pm 0,7\%$, у больных с острым бронхитом - $81,3 \pm 1,59\%$. Самый низкий процент активных фагоцитов отмечалось у больных детей ОРВИ с осложненной диареей - $69,6 \pm 0,6\%$. Индекс фагоцитоза в 1 группе составил $3,06 \pm 0,98$, во 2 группе – $3,8 \pm 0,40$, а в 3 группе – $2,01 \pm 0,91$.

Аналогичные результаты получены при определении показателя завершенности фагоцитоза. В 1 группе – 4-5 баллов, во 2 группе – 3-4 баллов, в 3 группе – 7-8 баллов.

Бактерицидная активность сыворотки один из ведущих факторов неспецифической защиты организма. Такая активность связано с содержанием комплемента, пропердина, интерферона, С – реактивного белка и других активных веществ. При защите организма от инфекционного агента ее роль велика. У обследованных больных, с обструктивным бронхитом, бактерицидная активность сыворотки проявилось в разведениях - 1:80 – 1:160, у больных с острым бронхитом такая активность наблюдалось в более высоких цифрах - 1:320 – 1:640. Самые низкие показатели БАС отмечено у детей ОРВИ осложненной диареей - 1:10-1:20

Выводы: при очень низком уровне неспецифических факторов защиты организма у часто болеющих детей, заболевания верхних дыхательных путей часто осложняется диареей. В таких случаях, необходимо повысить уровень неспецифических факторов защиты организма при помощи иммуностимуляторов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Исмаилова С.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. За последние десять лет изменился взгляд современного акушерства на проблемы родовспоможения. Частую и сложную акушерскую проблему до настоящего времени представляет преждевременное отхождение околоплодных вод, которая в значительной степени остается неразрешенной в связи с отсутствием единого мнения относительно исхода беременности для матери и плода.

Согласно имеющихся сведений, распространенность ПРПО составляет от 3 до 19% от всех беременностей.

Однако недостаточно сведений о частоте развития данного осложнения при доношенном сроке гестации. Некоторые авторы четко прослеживают роль инфекции в этиопатогенезе дородового разрыва плодных оболочек.

Большинство же авторов полагают, что единой причины дородового излития околоплодных вод не существует и чаще всего наблюдается сочетание различных факторов.

Цель исследования. Изучить особенности оптимизации тактики ведения родов в случае преждевременного разрыва плодных оболочек до начала срочных родов с учетом факторов риска.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ 82 родов женщин, поступивших в АОПК в 2020 году. Из них 62 родов у женщин с ДРПО во время доношенной беременности (группа I) и 20 историй родов у женщин со своевременным излиянием околоплодных вод (SIOV) также (группа II).

Возраст пациентов в первой группе колебался от 17 до 40 лет, составляя в среднем $25,83 \pm 0,23$ года, во второй группе от 17 до 44 лет и составлял в среднем $25,26 \pm 0,35$ года.

Результаты исследования. Наиболее значимыми факторами, влияющими на преждевременный разрыв плодных оболочек до начала срочных родов (ПРПО) являются: заболевания верхних дыхательных путей во время беременности (73.9%), хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы (51%), заболевания органов малого таза (50.5%), отягощенный абортными (15.8%) и выкидышами (16.9%) акушерский анамнез

Частота ПРПО до начала срочных родов составляет 15.5% - 16% и происходит в (63.6%) случаев при сроке гестации 37- 38 недель. В осенне-зимнее это осложнение отмечается в 2.5 раза чаще по сравнению со своевременным излитием околоплодных вод.

При ПРПО повышается частота осложнений родового акта обвитие пуповины встречается 5 раз, хроническая внутриутробная гипоксия плода - в 7, разрыв мягких тканей родовых путей - 2 раза чаще чем в контрольной группе.

Неблагоприятный преморбидный фон в виде повышенного числа воспалительных заболеваний оказывает влияние на состояние микроценоза родовых путей в динамике при ПРПО. Микробный пейзаж при этом представлен условно-патогенной флорой как в родах, так и в послеродовом периоде и зависит от нерационального использования антибиотиков и необоснованно проведенных акушерских манипуляций. Микрофлора новорожденного идентична микрофлоре родовых путей матери и определяет неблагоприятные перинатальные исходы.

Прогностическими критериями внутриутробного состояния плода при ПРПО до начала срочных родов являются двигательная и дыхательная активность плода.

Консервативное ведение родов при ПРПО определяется при отсутствии признаков инфекции и внутриутробного страдания плода. Бережное ведение родов при ПРПО с применением партографического контроля и соблюдением принципов профилактики инфекций способствует снижению риска развития нозокомиальной инфекции. Применение антибиотиков у рожениц с ПРПО необходимо после 18 часов безводного промежутка при наличии неблагоприятного преморбидного фона.

Вывод. На основе проведенного исследования научно обоснованы, оценены и предложены для практики акушерских учреждений прогностические критерии развития риска преждевременного излития околоплодных вод.

Разработанный алгоритм ведения родов позволит снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений и оптимизировать исходы для матери и новорожденного

ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Исмаилова С.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Разработать и внедрить мероприятия по оптимизации тактики ведения родов в случае преждевременного разрыва плодных оболочек до начала срочных родов с учетом факторов риска.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ 82 родов женщин, поступивших в АОПК в 2020 году. Из них 62 родов у женщин с ДРПО во время доношенной беременности (группа I) и 20 историй родов у женщин со своевременным излиянием околоплодных вод (SIOV) также (группа II).

Возраст пациентов в первой группе колебался от 17 до 40 лет, составляя в среднем $25,83 \pm 0,23$ года, во второй группе от 17 до 44 лет и составлял в среднем $25,26 \pm 0,35$ года.

Результаты исследования. Наиболее значимыми факторами, влияющими на преждевременный разрыв плодных оболочек до начала срочных родов, являются: заболевания верхних дыхательных путей во время беременности (73,9%), хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы (51%), заболевания органов малого таза (50,5%), отягощенные абортами (15,8%) и выкидыши (16,9%) в акушерском анамнезе

Частота ПРПО до начала срочных родов составляет 15,5% - 16% и встречается в (63,6%) случаев со сроком беременности 37-38 недель. В осенне-зимний период это осложнение отмечается в 2,5 раза чаще по сравнению со своевременным излиянием околоплодных вод.

При ПРПО увеличивается частота осложнений родового акта, опутывание пуповиной происходит в 5 раз, хроническая внутриутробная гипоксия плода - в 7 раз, разрыв мягких тканей родовых путей - в 2 раза чаще, чем в контрольной группе.

Неблагоприятный преморбидный фон в виде повышенного количества воспалительных заболеваний влияет на состояние микроценоза родовых путей в динамике ПРПО. В то же время микробный ландшафт представлен условно-патогенной флорой как в родах, так и в послеродовом периоде и зависит от нерационального применения антибиотиков и необоснованно выполняемых акушерских манипуляций. Микрофлора новорожденного идентична микрофлоре родовых путей матери и определяет приятные перинатальные исходы.

Прогностическими критериями состояния плода во время внутриутробных родов до начала срочных родов являются двигательная и дыхательная активность плода.

Консервативное ведение родов при ПРПО определяется при отсутствии признаков инфекции и внутриутробных страданий плода. Тщательное ведение родов с

помощью PRPO с использованием партографического контроля и соблюдением принципов профилактики инфекций помогает снизить риск внутрибольничной инфекции. Применение антибиотиков у рожениц с ПРПО необходимо после 18-часового безводного интервала при наличии неблагоприятного преморбидного фона.

Вывод. На основе проведенного исследования научно обоснованы, оценены и предложены для практики акушерских учреждений прогностические критерии развития риска преждевременного излития околоплодных вод.

Разработанный алгоритм ведения родов позволит снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений и оптимизировать исходы для матери и новорожденного

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭКО

Исмоилова У.А., Джурабекова С.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт.

Актуальность. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения ВОЗ (2020), около 48 миллионов супружеских пар в мире бесплодны. При частоте бесплодия 15% и более возникают социально-демографические проблемы государственного масштаба (Михалевич С. И., 2010; Ю.С.Паращук.,2012). Рост частоты бесплодных браков и успешная коррекция репродуктивного здоровья супружеских пар с использованием новых технологий экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) привели к увеличению числа беременностей и определили актуальность изучения проблемы охраны здоровья и развития рождающихся детей. В последнее время отмечено увеличение частоты беременности, особенно за счет случаев индуцированного цикла ЭКО (Михеева Н.Г. журнал «Малышок». 2017). Как показывают результаты исследований, женщины, у которых беременность наступила в результате ЭКО, отличаются от группы женщин со спонтанной беременностью (Паюк И. И., 2013; Капустина М. В., 2012; Савельева Г. М., 2012, Михалевич С. И., 2011). Они как правило имеют нарушения деятельности эндокринной, иммунной и других функциональных систем организма, а также хронические инфекционные заболевания урогенитального тракта, что способствует развитию осложнений беременности и родов, оказывающих неблагоприятное влияние на плод. Все это указывает на необходимость разработки мероприятий для профилактики патологии беременности индуцированной ЭКО.

Цель исследования: Изучить течение беременности и родов у женщин индуцированной ЭКО.

Материал и методы исследования: В настоящую работу будут включены исследования 50 беременных женщин, которые будут разделены на 2 группы по 25 женщин с индуцированной и спонтанной беременностью. Пациенты будут взяты в 4-городской клинической больнице им И.И.Иргашева г. Ташкента в период с 2021 по 2024гг. Будут проводиться комплексное динамическое изучение акушерско-гинекологического статуса, ретроспективные анализы (анамнез из истории родов), клиничко-лабораторные исследования (ОАК,ОАМ, гормональные анализы, УЗИ), статистическая обработка изучения течения беременности, родов, перинатальных исходов, и состояния женщин.

Ожидаемые результаты:Предполагаем изучить особенности клинического течения беременностей и родов индуцированной ЭКО, выявить и профилактически предупредить осложнения гестационного периода и определить оптимальные сроки и методы родоразрешения

Выводы: Разработанный комплекс мероприятий и рекомендации по ведению беременности и родов у женщин с индуцированной ЭКО беременностью должен предупредить осложнения беременности и перинатальных исходов.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОРГАНИЗМ МАТЕРИ

*Ишанджанова С.Х., Махмудова Ш.И., Миртолипова М.А.
Ташкентская медицинская академия*

Своевременное прогнозирование, распознавание и лечение, а также профилактика экстрагенитальных заболеваний у матерей приводит к снижению уровня бесплодия среди женщин. Это является одним из актуальных задач нашей медицины. Причины, приводящие к нарушению весьма многочисленны и разнообразны. Например, особое место занимают неправильные использования различных лекарственных препаратов.

Целью работы явилось выявление структурно-функциональных особенностей развития и становления репродуктивных органов, условиях хронического токсического воздействия меркозолила на организм матери, и последующего функционирования женской гонады в условиях экспериментального моделирования дисфункциональных состояний тиреоидной системы.

Материалы и методы исследования.

В соответствии с целью и задачами исследования были поставлены следующие серии экспериментов: У половозрелых, нерожавших крыс –самок хроническую интоксикацию воспроизводили путем ежедневных введением меркозолила в течение 21 дня. Было воспроизведения модели гипотиреоза, путём пер орального введения меркозолила в дозе 5 мг на кг в сутки. Контролем к каждой экспериментальной возрастной группе животных служили интактные крысы соответствующих возрастов. Контрольные животные получали инъекции физиологического раствора по схеме введения препаратов. Далее эти самки оплодотворялись здоровыми самцами. Для женщин гипотиреоз опасен не только тем, что риск заболевания выше, чем у мужчин, но и тем, что это нарушение может негативно сказаться на репродуктивной способности – возможности забеременеть, выносить и родить здорового ребенка.

Результаты. Прежде всего, следует отметить, что хроническое воздействие на организм матери оказало существенное отрицательное влияние на фертильную способность и течение беременности у крыс-самок. В контрольной группе у всех животных наступила беременность. В опытной группе беременность наступила лишь у 84% животных, которая завершилась родами в 64 %, выкидышами – в 8%, и смертью в период беременности – в 12% случаях. Важно отметить, что численность потомства, полученного от хронического токсического воздействия меркозолила на организм матерей во всех экспериментальных подгруппах, была значительно меньше, чем в контроле;

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ

Кадиоров Х.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхи здорового человека реагируют на различные раздражители. Попадание их в бронхиальное дерево проявляется кашлем, а в некоторых случаях и клиническими проявлениями бронхоспазма (дискомфорт в грудной клетке, удушье). Это является физиологическим защитным механизмом, что предотвращает попадание раздражителей в нижние дыхательные пути. Указанный защитный механизм лежит в основе формирования бронхиальной гиперчувствительности (БГЧ) и бронхиальной гиперреактивности (БГР).

Необходимо четко определять разницу между БГЧ и БГР. БГЧ, эта реакция бронхов на минимальные дозы раздражителей (химические, физические, фармакологические и др.) приводящих к снижению бронхиальной проходимости (БП) на 20% и более. БГР - это выраженная реакция бронхов на различные раздражители, приводящая к падению показателей БП на 35% и более. При этом у здоровых лиц введение в бронхи тех же концентраций раздражителей, не вызывает значимого снижения БП.

Цель исследования. Изучение причин развития синдрома гиперреактивности бронхов в зависимости от внешних и внутренних факторов.

Материалы и методы исследования. По специально разработанной анкете, в которую вошли вопросы, способные выявить причины, формирующие СГБ, обследовано 65 человек, проживающих Андижанской области.

Результаты исследования. Были обследованы пациенты в возрасте от 25 до 60 лет, из них 27 (41,5%) женщин и 38 (58,4%) мужчин. В исследуемой группе мужчин 26 (68,4%) курят более 20 лет, 12 (44,4%) пациентов не курят. В группе женщин у 6 (22,2%) пациенток стаж курения составляет 10 лет.

У 23 обследованных (35%) был диагностирован синдром гиперреактивности бронхов, среди них 9 (39%) женщин и 14 (60,8%) мужчин.

Среди лиц с установленным синдромом гиперреактивности бронхов у 11 человек (47,8%) встречались частые инфекционные заболевания органов дыхания. У 7 лиц (30,4%) диагностированы признаки атопии, 5 человек (21,7%) указали на отягощенную наследственность, преимущественно по материнской линии. Установлено, что у курящих со стажем курения более 10 лет синдром гиперреактивности бронхов диагностирован в 15% случаев, тогда как среди некурящих — в 9,6%.

При участии указанных выше возможных патофизиологических механизмов развиваются следующие патоморфологические изменения бронхов: нарушение целостности бронхиального эпителия, хроническое воспаление в бронхиальной стенке, что в итоге приводит к развитию процессов ремоделирования бронхов. Указанные выше патоморфологические изменения бронхов являются факторами, способствующими развитию и прогрессированию БГР.

Вывод. Таким образом, необходимо отметить, что БГР развивается вследствие ряда патогенетических механизмов. Это нарушение нейрогенного контроля бронхов (дисбаланс холинергической, и/или адренергической иннервации), иммунное и/или пептидергическое, или нейроиммунноэндокринное воспаление бронхов.

НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кадиров Х.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время нарушения ритма и проводимости сердца у детей привлекают все большее внимание кардиологов. По данным различных авторов в детском возрасте встречаются все известные аритмии.

Многие из них нестойкие и исчезают в течение первых месяцев жизни, что объясняется незавершенностью формирования проводящей системы сердца. В течение последних лет количество новорожденных и грудных детей с нарушениями ритма сердца возросло. Это связано с совершенствованием диагностических возможностей и улучшением ранней выявляемости кардиальной патологии.

Наименее изученными остаются нарушения ритма и проводимости сердца у детей первого года жизни, среди которых жизнеугрожающие аритмии представляют собой наиболее трудный раздел кардиологии детского возраста.

Цель исследования. Определить тактику ведения, диагностические подходы, показания к медикаментозному и хирургическому лечению новорожденных и грудных детей с нарушениями ритма и проводимости сердца.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 45 новорожденных детей с нарушениями сердечного ритма.

Результаты исследования. Всем новорожденным и детям первого года при выявлении нарушений ритма и проводимости сердца необходимо проведение комплексного диагностического обследования в специализированном лечебном учреждении.

Новорожденным и детям первого года жизни с непрерывными пароксизмами наджелудочковой тахикардии показано проведение медикаментозной антиаритмической терапии кордароном в дозе 5 мг/кг/сут до решения вопроса об интервенционном лечении.

При стойких нарушениях ритма сердца, рефрактерных к медикаментозной терапии и имеющих жизнеугрожающий характер целесообразно интервенционное лечение, которое в данной возрастной группе должно выполняться только по жизненным показаниям, с учетом клинического состояния ребенка и характера имеющейся у него патологии.

В группе новорожденных с трепетанием предсердий ЧПЭС эффективна в 100% случаев. У детей первого года жизни с синдромом WPW могут быть выполнены как операции с искусственным кровообращением (особенно при сочетании с ВПС), так и РЧА с высокой эффективностью: РЧА - 93,3%, операция Сили - 88,9%.

В имплантации постоянного ЭКС нуждаются дети первого года жизни с врожденной АВ-блокадой 3 степени, с ЧСС менее 55 ударов в минуту, с признаками недостаточности кровообращения. В данной возрастной группе имплантация ЭКС эффективна в 100% случаев.

Вывод. Пароксизмальные тахикардии манифестировали ближе к месячному возрасту в домашних условиях. Результаты данных исследований позволяют углубить знания врачей педиатров о сроках возникновения пароксизмальной тахикардии — тяжелого нарушения сердечного ритма.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У ДЕТЕЙ

*Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х.,
Файзуллаева Н.Х.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии МЗ РУз.*

Актуальность проблемы. В последние десятилетия отмечается рост распространенности бронхиальной астмы. Согласно современной концепции, патогенетической основой бронхиальной астмы (БА) является хроническое аллергическое воспаление бронхов. Хронически протекающее воспаление приводит к необратимым изменениям в слизистой оболочке дыхательных путей, что усугубляет течение БА и является причиной частых обострений. Несмотря на постоянное совершенствование рекомендаций по диагностике и лечению БА, добиться заявленных в них целей терапии удается далеко не всегда. Точные причины его возникновения до сих пор не установлены, в связи, с чем очевидна необходимость дальнейшего исследования патогенеза заболевания. В первую очередь, требуют изучения многие молекулярные, клеточные и иммунные механизмы, способствующие возникновению и поддержке хронического воспаления, и определяющие его интенсивность. Иммунная система посредством цитокинов регулирует характер, глубину, продолжительность воспаления и иммунного ответа.

Цель исследования. Выявление клинико-лабораторных особенностей детей, больных бронхиальной астмой.

Материал и методы исследования. Проспективное исследование проводилось у 85 детей с БА в возрасте от 3-х до 15 лет. Группу сравнения составили 32 больных обструктивным бронхитом с рекуррентным течением (ОБ с РТ). В процессе выполнения работы использованы общеклинические, функциональные и иммунологические методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. При поступлении в стационар, основными жалобами больных БА в 100,0% случаях были кашель с небольшим количеством преимущественно слизистой мокроты, особенно при пробуждении, одышки у 100,0% детей, снижения аппетита у 90,6%, вялости у 95,3%, приступов удушья у 80,0% обследуемых, пероральных хрипов у 80,0% и потливости у 49,4% больных.

У всех наблюдаемых больных тщательно анализировался анамнез жизни. У обследованных больных БА чаще встречались анемия 1-2 степени, остаточные явления рахита и аллергический диатез. Наиболее часто – у 83,5% детей в анамнезе отмечались заболевания ЛОР-органов (ринит, тонзиллит, аденоидит), факторы, поддерживающий воспалительный процесс.

У обследованных детей при анализе спирометрических данных, превалировал обструктивный тип нарушения вентиляции легких: ОБ с РТ 53,1%, БА 74,1%, также во всех группах отмечался более низкий смешанный тип нарушения вентиляции: ОБ с РТ 21,9%, БА 25,9%. При спирометрических исследованиях наблюдается снижение как объёмных, так и скоростных показателей.

Результаты изучения цитокинового статуса у детей с БА в фазе обострения заболевания показал их активацию – значимое повышение уровня ИЛ-4, ИЛ-8 по отношению к группе сравнения, что свидетельствует о наличии очага воспаления в легких. В наших исследованиях уровень TNF α был более значительно повышенным в 3,5 раза у детей с БА по сравнению с детьми контрольной группы ($p < 0,001$). Более значительное снижение IFN γ определялось у больных БА. Сниженная при этом продукция IFN γ приводит, к длительному рецидивирующему течению заболевания.

Исследование в динамике заболевания у обследованных больных после проведенного базисного лечения привело к незначительному улучшению показателей цитокинов ($p > 0,05$). Обращает на себя внимание отсутствие недостоверного снижения уровней ИЛ-4, ИЛ-8, TNF α и недостоверного повышения IFN γ в момент клинической ремиссии у детей, получавших базисную терапию что, по-видимому, отражает сохраняющуюся активность воспалительного процесса.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что развитию бронхиальной астмы способствуют отягощенный преморбидный фон, сопутствующие и перенесенные заболевания, утяжеляющим в значительной степени течение основной патологии, наблюдаются сбои в цитокиновой сети, усугубляющие иммунодефицитное состояние, которое необходимо учитывать при назначении адекватной дифференцированной терапии.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Каримова О. А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) является основной причиной заболеваемости и смертности. Ежегодная глобальная заболеваемость составляет от 150 до 156 миллионов случаев, что составляет примерно 10-20 миллионов госпитализаций. Острые пневмонии у детей раннего возраста остаются существенной причиной заболеваемости и смертности, несмотря на внедрение в практику сильно действующих антибактериальных препаратов широкого спектра действия, наличие комплексных режимов поддерживающего лечения и проведение профилактических мероприятий

Цель исследования. Целью настоящего исследования было определение уровня гемоглобина в плазме крови у детей младшего возраста (до 3-х лет) с внебольничной пневмонией (ВП), находящихся на лечении в условиях стационара, и ее роль в течение болезни.

Методы. Данное проспективное исследование проводилось в отделении педиатрии многопрофильной детской больницы Андижанской области Республики Узбекистан с 1 октября 2021 года по 1 марта 2022 года.

Критерии включения: дети в возрасте до 3-х лет, все пациенты с симптомами и признаками, указывающими на пневмонию при поступлении, включая лихорадку ($>38,4^{\circ}\text{C}$ в подмышечной впадине), кашель и патологические звуки дыхания при аускультации.

Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS (версия 23.0). Данные нормального распределения выражали как среднее значение \pm стандартное отклонение (mean SD). Для сравнения этих данных использовали T-критерий независимых выборок (independent samples T-test). Статистическая значимость была определена как $P < 0.05$.

Результаты. Госпитализировано 60 пациентов (дети до 3-х лет). Осложненная пневмония наблюдалась у 22 больных, у остальных заболевание протекало без осложнений. Средняя концентрация гемоглобина в плазме составила 79.10 г/л. Было всего 10 (16.7%) ребенка с тяжелой степенью анемии (≤ 70 г/л), средне-тяжелая определилась у 41 детей (68.3%). Среднее стандартное отклонение для возраста пациентов составило 8-10 месяцев, осложнений наблюдался у 22 больных. Среднее стандартное отклонение уровня гемоглобина у пациентов с осложненной пневмонией составил 76.82 г/л, у больных без осложнений это равнялось на 80.42 г/л. А также содержание гемоглобина по длительности госпитализации было считано. Мы подразделили пациентов на 2 группы: до 7 дней и больше этого в условиях стационара.

Среднее содержание гемоглобина в первой группе составило 81.31 г/л, а на второй группе это составило 77.41 г/л (p value 0.059, 95% CI 11.665-11.832). А также мы подсчитали среднее (p) значение пациентов по нескольким параметрам, разделив их на 3 группы по степени анемии (легкая, средне-тяжелая и тяжелая), используя «one way anova test». Возраст, дни госпитализации и содержание глюкозы не показало действующего значения на состояние гемоглобина.

Заключение. Содержание гемоглобина не является значимым триггером для детей младшего возраста на течение внебольничной пневмонии. Степень тяжести не было значимо связана с изменением уровня гемоглобина. А также состояние анемии тоже не сильно изменило ход болезни.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ.

Кодирова М. К.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Актуальные проблемы: На сегодняшний день патологии сердечно-сосудистой системы представляют собой одних из актуальных проблем в педиатрии, реди которых великое значение имеют состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца, которые составляют до 20% среди детей.

Малые аномалии развития сердца – синдром, который требует наблюдения, и в большинстве случаев незначительной коррекции образа жизни ребёнка. В большинстве случаев, выявляемыми аномалиями являются: аномальные (дополнительные) хорды левого желудочка, открытое овальное окно, пролапс или расширение, деформация клапанов, добавочные сосочковые мышцы, аневризмы межпредсердной перегородки. Они не влекут за собой значительных клинических проявлений, и представляют собой один из признаков проявления дисплазии соединительной ткани.

В качестве причин развития малых аномалий развития сердца у детей могут служить эндогенные и экзогенные факторы: внутриутробная инфекция, хромосомные и генетические дефекты, стрессы, гипоксия, неблагоприятная экологическая обстановка, неадекватное питание. Все эти упомянутые факторы нарушают процессы морфогенеза и онтогенеза, что приводит к развитию малых данных аномалий. У детей с данными аномалиями по данным ЭКГ было отмечено высокая частота нарушений ритма и проводимости сердца.

Зачастую малые аномалии развития сердца обнаруживаются как у родителей, так и у детей, что доказывает их наследственную предрасположенность, преимущественно если у матери имеются фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани.

Цель работы: Изучить распространённость малых аномалий развития сердца среди детей.

Материалы и методы исследования: Нами проведено обследование 45 детей, которые находились в отделениях детской кардиологии и кардиологической реанимации "Самаркандской областной многопрофильной детской больницы". Критериями включения в обследование являлись дети возрастов с одного года до 3-4 лет, которым при поступлении проводилось ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ головного мозга и клинические обследования.

Результаты исследования: Среди обследованных преобладали девочки - 26 (57,7%), мальчиков было – 19 (42,4%). При обследовании в отделениях на ЭКГ у 62,3% (у 28 из 45) выявлены нарушения сердечного ритма и проводимости. Также, у детей с малыми аномалиями развития сердца чаще регистрировались нотопные дизритмии в виде синусовых аритмий, синусовых брадиаритмий, синусовых тахиаритмий. При обследовании на ЭхоКГ, у более половины детей выявлены различные малые аномалии

сердца. Нами наиболее часто было выявлено открытое овальное окно – 44,5% (20 детей), пролапс митрального клапана – 31,2% (14 детей). Аномально расположенные хорды было выявлено у 22,5% (11 детей).

Выводы: Таким образом, во главе среди всех малых аномалий развития сердца у детей, было выявлено открытое овальное окно, несколько реже пролапс митрального клапана и аномально расположенные хорды. Преимущественно, у наших обследованных, нарушения ритма сердца и малые аномалии развития сердца протекали бессимптомно, не сопровождалась признаками сердечной недостаточности.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Курбаниязова Ф.З.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения приносят достаточно неудобств, особенно женщинам репродуктивного возраста. Данная патология распространенная гинекологическая проблема, оказывающая существенное влияние на качество жизни женщины, ее семьи и общества в целом. В то же время существует проблема диагностики и лечения аномальных маточных кровотечений, так как это состояние нельзя объяснить только структурной патологией эндо- и миометрия или нарушением гемостаза. В связи с этим необходимо совершенствовать методы диагностики и лечения.

Цель исследования: Оптимизация методов ведения пациенток с аномальными маточными кровотечениями в репродуктивном возрасте.

Материалы и методы исследования: Исследование проведено в клинике №1 Самарского государственного медицинского университета за период 2020-2022 гг., обследовано 50 пациенток, которые были разделены на 2 группы: основная группа - 25 пациенток с аномальными маточными кровотечениями в репродуктивном возрасте, и контрольная группа - 25 больных, здоровых женщин репродуктивного возраста.

В качестве методов исследования используют анамнестические и общеклинические данные, данные лабораторных исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, кровь на свертывание, бактериальный посев выделений из влагалища, исследование гормонального фона), данные инструментальных методов обследования (УЗИ органы малого таза) использовались в качестве методов исследования.

Результаты: По данным анамнеза менструации у больных с 12-13 лет, установившиеся в течении года, регулярные, безболезненные, умеренные. Продолжительность менструального цикла 25-35 дней, продолжительность менструации 3-7 дней. Жалобы пациенток были на длительные менструальные кровотечения более 10-15 дней, наличие кровянистых выделений в промежутке между менструациями. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил $25,7 \pm 3,4$. На фоне кровотечения у пациенток имелись признаки анемии как бледность, слабость, ломкость ногтей. Извращенный аппетит имелся у 12 женщин (24%). Артериальное давление и пульс у женщин был снижен до нижней границы нормы.

При гинекологическом осмотре с помощью зеркал: отмечалось умеренное кровянистое отделяемое. Эпителий влагалища обычной окраски. У 6% женщин выделения имели пенистый характер и запах. У 18% женщин были признаки цервицита.

Ультразвуковое исследование (УЗИ): у 5 пациенток наблюдалось увеличение эндометрия, у 36% имелись эхопризнаки хронического эндометрита, друг патологий не обнаружено.

Всем больным было рекомендовано исследование гормонального фона, при котором определялось снижение ЛГ у 20%. Остальные показатели были снижены, но в пределах допустимого.

Лечебная терапия остановки кровянистых выделений включала: Транексам 500 мг - по 2 таблетки 3 раза в день, курс 4 дня. Викасол по 1 таблетке 2 раза в день. После которого кровянистые выделения прекратились у 34% на вторые сутки, у 30 % на третьи сутки. При наблюдении у этих пациенток после одного МЦ снова наблюдались аномальные маточные кровотечения. У 32% пациенток после назначения гормональной терапии был нормализован менструальный цикл и устранена проблема аномальных маточных кровотечений. В нашем случае только двум (4%) пациенткам потребовалось хирургическое лечение в виде диагностического выскабливания полости матки.

Выводы: Подводя итоги исследования можно сказать о том, что полиэтиологическая проблема с многогранным патогенезом аномальным маточных кровотечений требует совершенствования диагностики и лечения данной патологии. Причина аномальных кровотечений в нашем исследовании была связана с гормональными изменениями (30%) и 64% случаев остановилось от гемостатиков но возобновились после одного цикла. Что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

*Курбанова М.Р., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Зайнабидинова С.Н.,
Шамсиева Л.А.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии МЗ РУз, Ташкент*

Актуальность проблемы. Внебольничная пневмония, известная с античных времен, является актуальной респираторной проблемой детского возраста до настоящего времени. Сохраняется устойчивый рост заболеваемости и детской смертности при этой патологии во всем мире. Диагностика и терапия внебольничной пневмонии у детей являются актуальными вопросами педиатрии в связи с достаточно высокой заболеваемостью и смертностью.

Высокий уровень диагностических ошибок при внебольничной пневмонии, обусловленных недооценкой тяжести состояния больного, несвоевременным началом адекватной антибактериальной терапии (АБТ), низкая информативность существующих прогностических шкал диктуют необходимость поиска современных маркеров для прогнозирования течения пневмонии на ранних сроках. Проблема оптимизации терапии в амбулаторных и стационарных условиях остается актуальной задачей здравоохранения.

Цель исследования. Проанализировать динамику клинико-лабораторных особенностей внебольничной пневмонии у детей и оценить эффективность комплексной терапии.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены результаты проспективного клинического обследования выявленных 104 детей с ВП, в возрасте от 1 года до 15 лет, находившихся на лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Проводились клинико-биохимические и иммунологические исследования. Были сформулированы следующие группы: I группа 48 больных ВП, получавших базисную терапию (БТ); II группа – 56 больных ВП,

получавших БТ, антибиотики соответственно установленной этиологии (защищенные цефалоспорины III поколения) и Исмижен по схеме. Данные обработаны методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. При изучении анамнеза у этих детей отмечен ряд неблагоприятных факторов. Так, у 45,2% матерей наблюдаемых детей с ВП установлены осложнения беременности и родов в виде токсикоза I и II половины беременности, угрозы выкидыша у 42,3%, анемия I-II степени у 84,6%. В группе больных ВП в 52,9% случаев у матерей в анамнезе было патологическое течение родов.

Родились в асфиксии 15,4% детей, 3,8% больных с признаками недоношенности. У 56,7% матерей наблюдаемого нами контингента детей с ВП имелись острые респираторные заболевания во время беременности. Большинство матерей детей 76,0% имели очаги хронической инфекции (заболевания ЛОР органов, бронхолегочной системы, сердечно-сосудистой и мочеполовой системы). Анализируя фоновые состояния детей с ВП, мы установили, что у 85,6% детей наблюдались анемия I - II степени, аллергический диатез у 31,7%, остаточные явления рахита у 23,1% больных и белково-энергетическая недостаточность у 8,7%. В этой возрастной группе фоновые отягощения фактически уже являются сопутствующими заболеваниями, утяжеляющими в значительной степени течение основной патологии.

Изменялась структура сопутствующих заболеваний у детей с ВП дошкольного возраста, расширился перечень нозологических форм болезней, увеличился процент заболеваний с хроническим течением. Первое место по количеству случаев у детей занимали хронические заболевания ЛОР - органов 66,3% детей, хронический гастродуоденит у 11,5%, хронический энтероколит у 9,6%, хронический холецистит у 12,5%, сердечно-сосудистой системы, в частности, кардиты у 18,3%, ММД у 14,4%.

При поступлении в стационар, основными жалобами родителей больных детей были кашель 100%, одышка 74,0%, повышение температуры тела у 62,5% детей, снижение аппетита 94,2%, вялость 93,3%, бледность 91,3%, нарушение сна 86,5%, насморк 44,2%.

Проведенные биохимические исследования показали, что уровни С - реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови у детей с ВП в начальном периоде болезни был существенно выше по сравнению с контрольной группой. Анализ результатов изучения цитокинов показал, что при ВП уровень IL-1 β повышается в 3,7 раза по сравнению с данными контрольной группы, уровень IL-4 в 2,3 раза, уровень IL-6 в 2,0 раза, IL-8 в 2,3 раза выше показателей контрольной группы. Содержания TNF α повысился в 1,5 раза. Уровень сывороточного IFN γ в 1,3 раза снизился, по сравнению контрольной группой. Изучения СРБ у обследованных детей показало их недостоверное снижение на 10-е сутки в I группе по сравнению с контролем ($P > 0,05$). Предиктором неэффективной АБТ у обследованных групп больных становится высокий уровень СРБ в сыворотке крови, сохраняющийся в динамике заболевания на 10-е сутки у детей I группы. Это позволил индивидуализировать оценку течения ВП, что стало основой для дифференцированного лечения.

Во II группе наблюдения результаты лечения при ВП затяжного течения выражались улучшением общего состояния и снижением симптомов интоксикации на 2-3 сутки, кашель становился мягче, количество мокроты уменьшалось по сравнению с данными I группы. Динамическое изучения концентрации СРБ в сыворотке крови у детей с ВП показало его снижение на 10-е сутки во II группе в 1,6 раза по сравнению с данными I группы ($P < 0,01$). Прослеживается положительная динамика в содержании провоспалительных и противовоспалительных цитокинов ($P < 0,01$). Во II группе уровень ИЛ-1 β , IL-4, IL-8 и TNF α были снижены 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.

Выводы. Таким, образом, при внебольничной пневмонии у детей отмечается повышение С-реактивного белка 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. Предложенные схемы лечения у больных с внебольничной пневмонией показали клинико-лабораторную эффективность, что способствует оптимизации лечебной тактики.

ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

*Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д., Тешабоев М.Г.
Андижанский Государственный медицинский институт. Узбекистан.*

Многими исследованиями, в результате психопатологических обследований больных с ожогами, обнаруживались расстройства памяти, осмысливания, психосоматические нарушения (Аграновский М.Л., 2020). У таких больных преобладали вспыльчивость, гневливость, неустойчивость настроения, подавленность с оттенком дисфарии. При наличии уродующих рубцовых изменений, больные обвиняли окружающих в плохом к ним отношении и насмешках над их внешностью, что приводило к необщительности, утрате контакта с окружающими (Каюмходжаев А.А., 2019, Фаязов А.Д., 2017).

Особенно тяжело изменение внешнего вида переносится подростками. Они часто подвергаются насмешкам одноклассников, что приводит к нежеланию у таких детей посещать школу, психологическим срывам, и даже к появлению мыслей о самоубийстве и способах его совершения. Все это вместе взятое значительно ухудшает качество жизни пациента.

Для изучения качества жизни пациентов с рубцовыми деформациями до и после пластики был использован - "Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF)". Изучены результаты из 204 пациентов 99 (48,5%) были в контрольной группы и 105 (51,4%) пациентов в основной группе. Все исследования проводились в отдаленные сроки после операции (от 6 месяцев до 2 лет).

Общий показатель качества жизни в контрольной группе увеличился 53,2 \pm 2,71 до 69,8 \pm 3,74 баллов ($P < 0,015$), в основной группе 54,5 \pm 4,6 до 80,2 \pm 4,1 баллов ($P < 0,02$). Разница в исходе лечения и общей оценке функционально-косметического результата также оказалась достоверной, с более высоким значением в основной группе.

С учетом двух первых вопросов WHOQOL-BREF, которые оцениваются отдельно от общей шкалы были получены следующие значения. Вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» - показатель в среднем улучшился с 2,3 \pm 0,12 до 3,5 \pm 0,11 баллов ($P < 0,015$) в контрольной группе и с 2,4 \pm 0,12 до 3,9 \pm 0,13 баллов ($P < 0,02$) в основной группе, при этом разница в приросте между группами оказалась также достоверной ($P < 0,018$). По вопросу «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» - показатель в среднем улучшился с 2,1 \pm 0,10 до 3,0 \pm 0,15 баллов ($P < 0,015$) в контрольной группе и с 2,1 \pm 0,11 до 4,1 \pm 0,21 баллов ($P < 0,025$) в основной группе, при этом также разница в приросте между группами оказалась достоверной ($P < 0,018$).

Таким образом, анализ качества жизни пациента с последствиями ожогов нижней конечностей после хирургического лечения показал, что внедренные способы пластики позволили улучшить показатель оценки социально-физической сферы здоровья с 62,8 \pm 2,75 до 81,5 \pm 2,58 баллов ($P < 0,02$).

**КУЙИШЛАР НАТИЖАСИДА ЧАНДИҚЛИ ОҚИБАТЛАРИ БЎЛГАН
БОЛАЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ**

*Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д.
Андижон Давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон.*

Куйикда кейинги реабилитация тўғрисида сўз юритилганда консерватив ва оператив реабилитацияга бўлиб кўриб чиқамиз. Реабилитация чандиқланиш бошлангандан кейин амалга оширилади. Куйикдан кейинги чандиқли деформацияларни профилактикаси ва даволаш мураккаб жараёнлардан бири хисобланади. Таклиф этиладиган усуллар биринчи навбатда патологик чандиқ хосил бўлишини олдини олишга қаратилган бўлиши лозим. Чандиқ хосил бўлаётганда амалга оширилган қайта тиклов жаррохлик амалиётлари кам натижали бўлиши мумкин. Шу сабабда чандиқли контрактура ёки чандиқли деформацияни даволашда шифокордан жаррохлик амалиётини бажаришдан аввал консерватив даво қўллаши лозим бўлади. Бу албатта маълум вақтни талаб этади, шунда бажарилиши мумкин бўлган операция хажми, лахтақлар миграцияси, яшовчанлиги, ва албатта бўғимнинг ҳаракатини тўла тиклаш имкониятини яратади.

Куйикдан кейинги деформациялар ҳар доим ҳам чандиқ билан яқунланмайди, баъзи ҳолатларда жаррохлик аралашуви яъни тери кўчириб ўтказиш амалиёти ҳам бажарилиши мумкин. Кўчириб ўтказилган тери лахтаги ҳар доим ҳам биз кўзлаган натижани бермайди, лахтак вақт ўтиши билан ўз хусусиятини йўқотади, ҳажм жихатидан кичраяди, бир сўз билан айтганда иккиламчи ретрацияга учрайди. Морфо-функционал ҳолати ўрганиб чиқилган ва тери қопламани қайта тикланишини 3 даврга бўлиб берган: 1 давр - ретракция – жароҳат битгандан 3 ойгача бўлган муддатда хосил бўлади. 2 давр - деретракция – 3 ойдан 12 ойгача ва 3 давр - стабилизация – 1 йилдан сўнг. Баъзи муаллифлар эса 4 даврга бўлишади: эпителизация, шиш, қаттиклашиши, юмшаши, бу ерда ҳар давр 3-4 ҳафтани талаб этади.

III-A даражали куйишда жароҳат битгач, микроциркуляцияни бузилиши куйидагича намоён бўлади. Обектив томондан трофик ўзганган тўқималарда чандиқ қопламасини рангини ўзгариши, ёриқлар ва баъзида ярани хосил бўлиши бўлса субектив маълумотга кўра қичишиш, оғриқ, сезгини пасайиши кузатилади. Айтиб ўтиш лозимки, баъзи ҳолатларда донор жароҳатда атрофик ва чандиқли ўзгаришлар кузатилади.

Шифокор томонидан қайта тиклов жаррохлик амалиётларини бажаришда беморни умумий ҳолати инobatга олиниши шарт. Бемор тўла текширувдан ўтиши лозим, унутмаслик керакки оғир даражали куйикдан кейинги беморларда куйик касаллиги яъни, юрак қон-томир, нафас тизими, жигар, буйрак, иммун ҳолати, ошқозон ичак тизими, эндокрин тизимларда қатор полиорган етишмовчиликлар кузатилади. Айниқса, алангадан куйган беморларда бу тизим фаолияти 6 ойдан 3 йилгача бўлган муддатда тикланиши мумкин. Лекин масалани иккинчи томонини унутмаслик лозим ҳаракат тизимидаги чандиқли ўзгаришлар бу муддат ичида асосий қайта тиклов амалиётларини ўтказиш лозим бўлади. Бу ҳолатларда бемор ҳолатига эмас, балки чандиқли ўзгарган тўқималарни функционал ҳолатни қайта тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Узоқ муддат нафас тизимидаги муаммолар беморларда энцефалопатияни келтириб чиқаради. Бу бемордаги ўзига бўлган ишончини йўқотади. Уларнинг психоневрологик ҳолати бузилиб, баъзан одам ови, баъзида эса ўта жахлдор бўлиб қоладилар. Хаёт сифати бузилади. «WHONAL-BREEF» бўйича хаёт сифатини жаррохлик амалиётгача ва амалиётдан кейинги тахлили шуни кўрсатадики, беморлардаги ўзига ишонч, қатъиятлик 10 баллик тизимда баҳоланганда 6,6 дан 7,2 баллга кўтарилганлигини кўриш мумкин. Шуни инobatга олган ҳолда тиббий реабилитация беморларга ўзлигини англашга, хаётдан мамнун бўлишига ёрдам беради.

Тиббий реабилитация 3 даврга бўлинади: 1 давр – эрта, бунда бемор шифоханадан уйга чиқарилганда максимал равишда бўғимлар вазифасини консерватив усуллар, шу билан бир қаторда юрак қон-томир, нафас тизими, буйрак ва жигар фаолиятини тиклашга қаратилади. 2 давр – жаррохлик амалиётлари даври бўлиб, контрактура ёки девормацияларни бартараф этиш косметик ва фукционал нуқсонларни камайтиришга қаратилган. Бунда жаррохлик амалиётидан кейин ортопед ва травматолог томонидан (миотомия, пай пластикаси, остеотомия, остеосинтез ва бошка) амалиётлар бажарилади. 3 давр – яқунловчи давр бўлиб, амалиётдан кейинги 2-4 хафталарда амалга оширилади. Бу давр фақат бўғим ёки орган фаолиятига қаратилган бўлади.

Хулоса. Стабилизация даврини тезлаштириш учун беморларга консерватив даво тавсия этилади. Бир вақтни ўзида куйикдан кейинги беморларга таянч ҳаракат тизими фаолияти ва умумий ҳолатини тиклашга қатарилади.

КУЙИК АСОРАТЛАРИ БОР БЕМОРЛАРНИ ПРОФИЛАКТИК МУОЛАЖАЛАРНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Мадазимов.М.М., Исомиддинов.З.Д.

Андижон Давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон.

Куйишлар умумий сонини 30-35% дан кўпроғи болаларнинг улушига тўғри келади. Тараққий этган давлатларда АҚШ, Германия, Франция, Буюк Британия, Россия ва бошқа давлатларда куйиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилинганда, ҳар 100 минг аҳолига 160-190, ўлим кўрсаткичи эса 2,1% ни ташкил қилади. С.П. Пахомова (1997) маълумотига кўра, умумий куйишдан азият чекканларнинг 1,7% болалар улушига тўғри келади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига 19-23 нафарга тўғри келади яъни умумий аҳолининг 6-8 минг нафари куйик жарохати билан рўйхатга олинади, бундан 2,4-2,8 минг болаларга тўғри келади.

Президентимизнинг ташаббусига билан ижтимоий соҳага қаратилаётган эътибор шошилинч тиббий ёрдамни ташкил этилиши бир қатор куйик бўлимларини вилоят марказларида очилиши эрта даволашга қаратилган қадам ҳисобланади. Ногиронликни эрта аниқлаш ижтимоий ҳимояга олиш давлат томонидан тўғри ва изчил олиб борилмоқда. Шу билан бирга бир қатор ечими топилмаган муаммолар борки, беморлар куйик бўлиmidан чиққандан кейинги реабилитацияси травматолог ёки жаррох назорати остида қолишига олиб келмоқда. Бу мутахассислар етарли даражада малакага эга эмаслиги, куйикдан кейинги эрта реабилитация (массаж, чандиқларни сўрдирувчи муолажалар, санатор-курорт муолажалар), оператив даволашни кечиктириш халигача муаммо ечими топилмаганлигини кўрсатиб турибди, бу эса ногиронлик даражасини ортишига олиб келмоқда. Бундан ташқари бакалаврят, клиник ординатура ва магистратурада таҳсил олаётган талабаларни ўқув адабиётларда куйик, куйик асоратларини даволаш бўйича манбаларни йўқлиги, хаттоки вилоят марказларида куйик асоратларини даволашга ихтисослаштирилган бўлимларнинг йўқлиги масалага яқинроқ ёндашувни талаб этмоқда. Рақамларда кўрсатиб ўтилганда 6-8 минг куйикдан кейинги беморларнинг 18-27% яъни, 2 мингга яқин беморлар йилига қайси марказга ёки қайси шифокорга мурожаат қилишини билмайди. Муаммонинг иккинчи томонига назар соладиган бўлсак, бу беморларнинг (оператив давога мухтожлар) 600-620 нафари ҳаракат тизимида куйикдан кейинги нуқсонлилар ҳисобланади. Ўз вақтида малакали тиббий хизматни ташкил этмаслик бўғим контрактураси кейинчалик эса бўғим онкилозига олиб келиши беморларни умрбод ногирон бўлишига олиб келмоқда. Айтиш мумкинки, ҳозирда таянч ҳаракат тизими учун ишлаб чиқилган (сунъий бўғим) махсус тиббий ашёлар терининг чандиқли ўзгарган сохаларида ёки мушак пай сохаларида қўлланилмаслиги ҳали ечими топилмаган қисми ҳисобланади. Масалани иккинчи томонига эътибор қаратиш муҳим деб ўйлаймиз. Болаларни таълим олиши

жисмонан ва тафаккурини ривожлантиришга махсус мактабларни ва реабилитация масканларини йўқлини бу контингент беморларни назардан четда қолганнини кўрсатиб турибди.

Стационар даводан амбулатор давога юборилишида барча даволанганларнинг 6,9% ҳолатларда беморлар ногирон ҳисобланадилар. Агарда беморларни ногиронлик гуруҳига кўра тақсимланганда 1-гуруҳ 56,5%, 2-гуруҳ 40,5% ва 3-гуруҳда эса 3%. Ногиронлик даражасини сабаблари ўрганиб чиқилганда, битмаган ёки трофик яралар, куйикдан кейинги чандикли деформациялар ва контрактуралар 69,6%, ҳаракат тизими аъзолари ва қафт бармоқлар ҳаракатини чекланиши 19%, оёқ ва қўллар ампутациялари 9% ташкил этади.

Хулоса. Ногиронларнинг 62% 7-16 ёшдаги беморларни ташкил этиб, улар мактаб ёшидаги болалар аҳолиси катламини ташкил қилади. Таъкидлаш лозимки, 2-3 йил вақт оралиғида беморларда ногиронлик даражаси 69%га, бундан ташқари 71% ҳолатларда ногиронлик гуруҳи яъни 1-гуруҳдан 2-гуруҳга, 2 дан 3 га камайган. Шу сабада куйикдан кейинги тикланиш давридаги беморларни диспансер назоратига олиш ва қайта тиклов давосини ўтказиш кейинги босқичда меҳнат қобилиятини тикланишига олиб келади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Кодиров Д.Д.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность. Течение гломерулонефрита определяется в основном его морфологической основой. В связи с этим подход к лечению строится на данных иммуноморфологического исследования, клиники и исходов предшествующих лечебных мер. Известно, что исход ГН определяют и выраженность клинических симптомов, в частности, отечного, гематурического и гипертензионного.

Материал и результаты исследования. Обследовано 56 детей с различными клиническими вариантами гломерулонефрита в нефрологическом отделении ОДММЦ города Андижана. В лечении этих детей мы использовали в качестве базисного препарата преднизолон в дозе 1,5-2 мг/кг до 3-4 недель. При этом ремиссия наблюдалась у 90% больных и далее дозу преднизолона снижали до поддерживающей, равной 0,3-0,5 мг/кг в сутки, которую назначали по перемежающейся методике – 3 дня в неделю прием, 4 дня перерыв. Однако при данном способе у 75 % больных отмечались рецидивы. И более эффективным оказалось назначение преднизолона через день до 6 месяцев даже после наступления ремиссии. При более ранней отмене преднизолона риск рецидивов увеличивался, что возможно связано с подавлением стероидами гипофизарно-надпочечниковой системы и относительной надпочечниковой недостаточностью.

По результатам годового наблюдения рецидив наблюдался у 35% больных 2 раза, у 25% 1 раз, у 19% рецидива не было. Среди больных с частыми рецидивами, первый рецидив наблюдался в течение 6 месяцев. Им был назначен преднизолон по альтернирующей схеме, т.е через день в дозе 0,3-0,5 мг/кг в сутки до 6 месяцев с последующим снижением и полной отменой в течение 2-3 месяцев. При отсутствии ответа на преднизолон мы использовали у 5 больных пульс-терапию, т.е. преднизолон в инъекции 15-30 мг/кг в течение 3-х дней. Однако при этом у 2-х детей отмечалась гипертензия как побочное явление. Гормонорезистентность больных дала основание для подключения в комплекс лечения цитостатиков – препараты такролимуса и др.

Выводы: В каждом конкретном случае нефротического синдрома гломерулонефрита у детей необходимо индивидуально выбирать схему базисной и поддерживающей терапии.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

*Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Заболевания почек, особенно на фоне обструкции уродинамики, приводят к стойкой утрате их функции и являются одной из наиболее сложных проблем в педиатрии и детской хирургии, поскольку требуют длительного лечения и в ряде случаев приводят к инвалидизации пациентов еще в детском возрасте.

Цель исследования: Оценить значение нарушений функционального состояния почек в зависимости от клинических проявлений течения обструктивного пиелонефрита и дисметаболической нефропатии.

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 87 детей в возрасте от 3 до 16 лет с обострением хронического пиелонефрита. Все дети были разделены на три группы: 1 группа – 23 ребенка, у которых диагностирован хронический пиелонефрит дисметаболического типа (ХрПНд); 27 детей – с хроническим пиелонефритом обструктивного типа (ХрПНоб) и 37 детей – с хроническим пиелонефритом обструктивно-дисметаболического типа (ХВПНобд). Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста.

В ходе исследования установлены особенности нарушения парциальных функций почек при хроническом пиелонефрите с обструкцией и дисметаболическими нарушениями у детей. В группе детей с ХрПНд, наряду с выраженными нарушениями функционирования проксимального отдела нефрона в виде снижения реабсорбции кальция, натрия, калия, выявлены нарушения функций петли Генле и дистальных канальцев, которые проявлялись снижением концентрационной способности почек и ацидо- и аммиогенеза. В группе детей с ХрПНоб выявлено нарушение функционирования всех отделов канальцевой части нефрона. В проксимальных канальцах обнаружено снижение реабсорбции натрия и калия. В отличие от ХрПНд не отмечалось увеличения абсолютной и фракционной экскреции кальция.

Выводы: Дисметаболическая нефропатия является одной из причин развития пиелонефрита, интерстициального нефрита и мочекаменной болезни, имеющих хроническое течение и приводящих к нарушению функций почек, что диктует необходимость раннего выявления и разработки профилактических мер.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКОТОКСИКАНТОВ ХИМИЧЕСКОГО ЗАВОДА

*Маллаева М.Б., Наимова З.С., Курбанова Х.А.
Самарандский государственный медицинский университет*

Изучение состояния здоровья детей и подростков под воздействием окружающей среды является ведущим направлением современных гигиенических исследований. Это вызвано с одной стороны, возрастающим антропогенным воздействием на природу и связанным с ним ухудшением экологической ситуации, с другой – появлением комплекса новых, в основном техногенных факторов среды –

экотоксикантов, способных оказывать существенное влияние на человека, особенно на ранних уровнях организации систем организма.

Цель исследования: По мнению большинства исследователей, наиболее чувствительными к воздействию как отрицательных, так и положительных факторов окружающей среды, являются дети дошкольного возраста. Этот период характеризуется развитием и формированием различных органов и систем, когда происходит их качественная перестройка и усложняются механизмы активации функций, но недостаточно развиты ещё адаптационные механизмы взаимодействия с внешней средой. При изучении состояния здоровья детей и подростков выявляются, наиболее часто, отклонения в физическом развитии и нервно-психическом статусе.

Материал и методы. Оценка состояния здоровья детей и подростков проводилась на основании анализа материалов углубленных медицинских осмотров детей и подростков проживающих в условиях химического загрязнения экологической системы, который проводился врачами 4- поликлиники г.Самарканда сотрудниками кафедры общей гигиены и экологии и студентами 5-курса Самаркандского Государственного Медицинского университета по методическим рекомендациям Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан «Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых медицинских осмотрах». Анализ материалов, полученных в результате изучения состояния здоровья детей, позволил подойти к общей оценке состояния здоровья изучаемых контингентов с распределением по группам здоровья. При этом для каждого ребенка проводилось индивидуальная комплексная оценка состояния здоровья с отнесением его к одной из групп. Из обследованных 154 дошкольников, 65,7% были отнесены ко II группе здоровья («группы риска») и нуждались в оздоровлении, а 21,4% дошкольников включены в III группу, 4,6% в IV группу и нуждались в реабилитации, лишь у 8,3% детей не было хронических заболеваний. Они имели гармоничное физическое развитие, хороший уровень функционирования основных систем, их можно было отнести в I группу здоровья.

Выводы: Увеличение числа детей во II-IV группах можно объединить повышением заболеваемости, связанных с воздействием химических экотоксикантов из окружающей среды. При этом встречались следующие отклонения: гипертрофия миндалин, аденоиды I степени, функциональные изменения респираторной и сердечно-сосудистой системы и невротические реакции. Все эти заболевания в промышленном районе встречались в 1,6 раза чаще чем в контрольной. Особо следует выделить II группу здоровья, которая связана с формированием хронических заболеваний детей относящихся к этой группе. Именно эти дети должны быть охвачены комплексными лечебно-оздоровительными мероприятиями. Своевременное выявление отклонений состояния здоровья детских контингентов позволит вовремя провести санитарно-гигиенические, профилактические и оздоровительные мероприятия и предупредить их переход в стадию хронизации патологического процесса. Они могут сигнализировать об опасности химического загрязнения экологической системы выбросами промышленных предприятий в то время как другие показатели, и прежде всего заболеваемость, ещё не проявляющая тенденцию в сторону их ухудшения.

**К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ТЕЧЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-
ORTEGA У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА**

Мамажонов У.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей путем совершенствования хирургической тактики с целью снижения частоты послеоперационных функциональных и органических осложнений, улучшения качества жизни остается в ряду приоритетных направлений детской хирургии. В оценке результатов хирургического лечения детей с БГ основное значение придается 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 микробиоценоза 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 ($3,7 \pm 0,7$ 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 $10,3 \pm 1,7$ сут ($t = -9,02$; $P < 0,05$).

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 сутки п/о) – 18,4%. Коэффициент не удержания кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о был почти в 2 раза больше (93,6%), чем в основной группе (44,7%). На момент выписки (8-15 сутки п/о) не удержание кишечного содержимого наблюдалось в группе сравнения у 21,3% пациентов, в основной группе – 10,5%.

Следующим сравнительным анализом в исследуемых группах в зависимости от методики операции и реабилитационной программы, явился анализ продолжительности различных этапов госпитального периода. Так, в основной группе пациентов длительность нахождения пациентов в ОРИТ составила 1,6 суток, а в группе сравнения – 3,4 ($t=7.63$; $p < 0,001$). Количество койко-дней после операции в основной группе составил 7,1 суток, в группе сравнения – 11,0 ($t=7.15$; $p < 0,001$). В группе сравнения общий госпитальный период составил 22,1 суток, а в основной группе этот показатель был значительно меньше - 15,1 ($t=7.23$; $p < 0,001$).

Таким образом, применение модифицированного способа операции De La Torre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга позволило улучшить все основные параметры оценки качества течения ближайшего послеоперационного периода ($p < 0,05$ - по сравнению показателей длительности обезболивания, восстановления перистальтики, начала энтерального питания и сроков активизации больных), а также сократить общую частоту осложнений с 63,8% (у 30 из 47 детей в группе сравнения) до 31,6% (у 12 из 38 детей в основной группе; $\chi^2=8,743$; $Df=1$; $p=0,004$) и соответственно период госпитализации с $22,1 \pm 3,2$ до $15,1 \pm 5,2$ суток ($t=7,23$; $p < 0,001$).

ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.

Маматалиева М.А., Махмудова Б.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется около 15 млн. преждевременных родов. Частота рождения недоношенных детей варьирует в широких пределах: около 5% в развитых странах Европы, 9,62% в США и 18% некоторых странах Африки. При этом ведущей причиной родов до 32-й недели гестации является инфекция.

Большое количество научных исследований посвящено изучению методов лечения и профилактики тяжелых респираторных нарушений, развивающихся в первые минуты и часы жизни у подавляющего большинства глубоко недоношенных новорожденных. Все эти научные предпосылки определили цель и задачи данного исследования.

Цель исследования: изучить психосоматическое развитие недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, степени распространенности различных заболеваний периода новорожденности среди недоношенных детей с различным гестационным возрастом.

Материалы методы исследования: Работа была проведена на базе кафедры факультетской педиатрии и неонатологии Андижанского государственного института (заведующей кафедрой, доцент Инакова Б.Б.) в отделении выхаживания недоношенных детей городской клинической детской больницы г. Андижана (глав. врач к.м.н., доцент Бегматов Б.Э.).

Под нашим наблюдением находилось 60 недоношенных детей, родившихся с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела на сроке гестации от 26 до 32 недель в возрасте 3, 6 и 12 месяца скорректированного возраста.

Методы исследования.1. *Клинико-anamnestический метод.* Учитывая необходимость выявить все факторы, наличие которых могло повлиять на психосоматическое развитие наблюдаемой группы детей в раннем возрасте, нами была разработана «Персональная карта развития». Карта заводилась на каждого ребенка в ходе первичного осмотра и включала - паспортную часть; анамнестические данные материнского анамнеза (соматического, акушерско-гинекологического, сведения о течении настоящей беременности и родов); клиническую характеристику периода ранней постнатальной адаптации новорожденного и синдромов, осложнивших его течение; сведения о соматическом здоровье и нервно-психическом развитии ребенка на первом году жизни, включая данные клинического осмотра всеми специалистами и результаты инструментально-лабораторных методов исследования. Здесь же фиксировались все результаты, полученные в ходе проводимого обследования и наблюдения, окончательный клинический диагноз.

Объективное исследование детей, проведение общеклинических (общий анализ крови, мочи, кала) и биохимические методы исследования (общий белок, свободный и связанный билирубин, остаточный азот и мочевины). Оценка состояния новорожденных (по шкале Апгар, Сильвермана, Доуэнса). Антропометрия новорожденных (длина, масса тела, окружность головы и груди). Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста. Нейросонография головного мозга. Статистические методы исследования:

Всем новорожденным после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) проведено клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включающее рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию (НСГ), эхокардиографию (ЭхоКГ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек, анализ гемокультуры в первые сутки жизни, далее по показаниям, клинический анализ крови с подсчетом абсолютного числа лейкоцитов,

Выводы: 1. Основными заболеваниями у недоношенных детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ являются заболевания органов дыхания и поражения ЦНС с развитием энцефалопатии. 2. Уровень выживаемости детей с ЭНМТ и ОНМТ определяется в большей степени их гестационным возрастом, нежели массой при рождении. Тогда как, частота заболеваемости недоношенных детей зависит от массы тела при рождении. 3. К возрасту 1 год дети, родившиеся с низкой и очень низкой массой тела имеют лучшие показатели физического развития, нежели детей родившихся ЭНМТ, однако обе группы пациентов существенно отстают от доношенных новорожденных.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ТРИ МЕСЯЦА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

М.А.Маматалиева., Б.Ш. Махмудова
Андижанский Государственный медицинский институт

Проблема выхаживания детей, родившихся на разных сроках гестации, является актуальной во всем. Ведущей причиной недоношенности беременности, и как следствие рождения недоношенного ребенка являются внутриутробные инфекции.

Цель исследования: изучить особенности физического развития недоношенных детей, родившихся с внутриутробными инфекциями и на первом году жизни.
Задачи исследования: Изучить динамику показателей комплексной оценки здоровья у детей, родившихся недоношенными с внутриутробной инфекцией, на первом три месяце жизни. Определить причинные и способствующие факторы развития внутриутробных инфекции у детей. Выделить группу недоношенных детей с внутриутробной инфекцией с повышенным риском развития различных осложнений.

Материал и методы исследования: Клиническое обследование новорожденных включает в себя анализ данных о состоянии соматического и репродуктивного здоровья матерей до и во время настоящей беременности, о течении родов, состоянии ребенка при рождении, в неонатальном периоде, данные клинического наблюдения в неонатальном периоде и в динамике в три, шесть месяцев жизни. Заключение о состоянии (40 детей).

Оценка состояния новорожденных (шкала Апгара, Сильвермана-Андерсона), частота дыхания, частота сердечных сокращений и температуры тела.

Оценка антропометрических данных новорожденных (масса, длина тела, окружность головы и груди), масса-ростовой показатель, индекс Тура (окружность головы, окружность груди), плече-головной индекс, окружность головы - окружность плеча. Физическое развитие будет оцениваться по центильным шкалам региональным, общепринятым шкалам (центильная шкала оценки физического развития Г. М. Дементьевой), шкалам, рекомендуемым ВОЗ (основанные на центильных шкалах).

Были определены гестационный возраст, исследование безусловных рефлексов, статистические методы исследования - параметрический (t – критерий Стьюдента) и непараметрический для относительных величин.

Исходя из современных представлений, внутриутробные инфекции (ВУИ) — это группа заболеваний плода, новорожденного и детей раннего возраста инфекционно-воспалительной природы, вызываемые различными возбудителями, которые часто характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и имеют однотипную клиническую картину. Считается, что внутриутробные инфекции реализуются в результате антенатального или интранатального инфицирования плода. Практически всегда для плода источником инфицирования и дальнейшей реализации инфекции является мать, от которой возбудители ВУИ в антенатальный или интранатальный период попадает в организм плода.

С недоношенностью связан высокий риск перинатальных поражений нервной системы, который может приводить к серьезным неврологическим последствиям, имеется риск патологии легких, риск нарушений слуха и зрения как в неонатальном периоде, так и в последующие годы жизни.

Выводы: Выявлены следующие особенности этиологической структуры внутриутробных инфекций у недоношенных детей: с увеличением гестационного возраста изменяется структура причинно-значимых возбудителей в сторону преобладания разных условно-патогенной флоры, особенно (*Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Streptococcus B*, *Enterobacter agglomerans*); у недоношенных детей с ГВ 28 и менее недель, по частоте обнаружения лидирует *Cytomegalovirus*, далее следуют *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* условно-патогенная флора; у детей с гестационного возраста 29-32 недель. Установлены определяющие материнские факторы реализации ВУИ - острая и хроническая инфекция репродуктивного тракта, аборт в анамнезе, угроза прерывания беременности. Особенностью течения внутриутробных инфекций у недоношенных новорожденных с гестационным возрастом менее 32 недель является генерализация инфекционного процесса с высокой частотой вовлечения дыхательной системы (до 77,0%), в отличие от преобладания локализованных форм течения инфекционного процесса у доношенных детей и детей с ГВ при рождении 32 и более недель. У недоношенных новорожденных с ВУИ темп физического развития определен как "догоняющий" на протяжении всего первого года жизни, отличающийся низкими приростами длины и массы тела, в сравнении с недоношенными аналогичного ГВ без ВУИ. Предикторами выраженных отставаний в физическом развитии являются нарушение темпов внутриутробного развития (НМТ выявлена у 37,9%), течение инфекционного процесса.

**КОРРЕКЦИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У
ДЕТЕЙ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ УПРАВЛЯЕМОГО РОСТА**

¹Маматкулов О.Х., ²Мелибоев А.Э., ¹Халиков Ф.О.

¹Самаркандский Государственный медицинский университет, ²Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

Актуальность. При рождении ребенка вначале возникает варусная деформация, а со временем вальгусная деформация нижних конечностей. В возрасте от рождения до одного года варусная деформация коленного сустава может достигать 30°. После одного года с момента начала осевой нагрузки на нижние конечности происходит уменьшение варусной деформации и в среднем к полутора-двум годам большеберцово-бедренный угол приближается к 0°. Вальгусная деформация коленного сустава развивается на втором-третьем году жизни. Требуют дополнительного обследования и лечения случаи, когда процесс носит односторонний характер, если определяется выраженная деформация, наличие наследственного характера изменений. Сочетание деформации нижних конечностей с обменными нарушениями также требует обследования и лечения.

Цель: оценить результаты применения методики управляемого роста в коррекции деформаций нижних конечностей у детей.

Материал и методы. Выполнен анализ результатов лечения 19 детей, сопоставимых по возрасту, имеющих осевые деформации нижних конечностей, которые проходили лечение в отделении последствий травм детского возраста Самаркандского филиала РСНПМЦТО. Все больные имели вальгусную деформацию нижних конечностей на уровне коленных суставов. В план обследования пациентов включали обзорные рентгенограммы с определением механической оси нижней конечности — линии, соединяющей центр вращения головки бедренной кости и центр голеностопного сустава. Всем пациентам выполнена операция: временный эпифизиодез зон роста Блаунт пластинами. У 10 детей произведена временная блокировка дистальной зоны роста бедренной кости, у 9 детей выполнен временный эпифизиодез дистальной зоны роста бедренной кости и проксимальной зоны роста большеберцовой кости. Пластины устанавливались субфасциально без поднадкостничного выделения кости. В послеоперационном периоде (через 3 месяца после вмешательства) выполнялись контрольные рентгенограммы коленных суставов для определения стабильности металлоконструкции. Далее пациенты приглашались на контрольные осмотры каждые 3 месяца.

Результаты. Результаты хирургического лечения оценивались клинически и рентгенологически. На рентгенограммах нижних конечностей средние значения величины большеберцово-бедренного угла составили 20,5° (19,5°; 23°). Оценка результатов применения методики управляемого роста проводилась в сроки от 3 до 14 (10 (8; 11)) месяцев. Применение временного эпифизиодеза дало удовлетворительные клинические результаты в 17 случаях (89,4%). У 1 (5,3%) пациента неудовлетворительный результат был связан с миграцией металлоконструкции, выявленной на контрольном осмотре через 3 месяца. В связи с этим пластина была удалена, однако спустя 6 месяцев выполнена повторная установка пластины. В 1 (5,3%) случае неудовлетворительный результат связан с гиперкоррекцией деформации. Во всех остальных случаях отмечалось клинически и рентгенологически определяемое исправление деформации нижних конечностей. На контрольных рентгенограммах, выполненных перед удалением металлоконструкций, бедренно-большеберцовый угол составил 6° (5°; 7,5°).

Заключение. Метод управляемого роста — высокоэффективный способ коррекции осевых деформаций конечностей у детей. Метод отличается малой травматичностью, высокой эффективностью, небольшим количеством осложнений. Способ позволяет не ограничивать активность детей и помогает им быстро вернуться к обычному образу жизни.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕОПЛАЗИИ

Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А., Хусанова Х.А.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Цель исследования: выявление прогностического биомаркера, указывающего на возможную злокачественную трансформацию пузырного заноса в хориокарциному.

Материалы и методы исследования: были отобраны 71 пациентка с гестационной трофобластической болезнью (ГТБ) и разделены на 3 группы: 27 образцов пузырного заноса (ПЗ), 23 – инвазивного пузырного заноса (ИПЗ), 21 – хориокарциномы (ХК). В качестве контроля были выбраны 25 женщин с неразвивающейся беременностью (НБ). Образцы тканей ГТБ 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. Возраст больных в наших исследованиях колебался от 16 до 55 лет, средний возраст составил 30,3 года, при ПЗ – 29,1 и ХК – 32,3 года. Для решения поставленной цели был использован метод иммуногистохимии (ИГХ).

Результаты. ИГХ исследование антигена CLIC1 у пациентов 1 группы с диагнозом ПЗ показало следующие результаты: из 27 пациентов, у 13 (48,1%) отмечалось отсутствие экспрессии, у 8 (29,6%) - слабое окрашивание, у 4 (14,8%) - умеренное окрашивание и у 2 пациентов (7,4%) выявилось сильное окрашивание клеток. На основании результатов ИГХ исследования ПЗ был сделан вывод, что из 27 пациенток у 2, соответственно 7,4%, есть высокий риск злокачественной трансформации.

Во 2 группе у 23 пациенток с ИПЗ результаты ИГХ исследования показали, что в 1 случае (4,3%) отмечалось отсутствие реактивности, в 3 (13%) - слабое окрашивание, в 8 (34,7%) - умеренное окрашивание и в 11 случаях (47,8%) - сильное окрашивание клеток. Результаты ИГХ исследования ИПЗ показали, что почти в 48% случаев отмечалась высокая экспрессия белка CLIC1 в ядрах цитотрофобластов.

Экспрессия белка CLIC1 при исследовании 3 группы из 21 пациента с диагнозом ХК была выражена таким образом: в 1 случае (4,7%) отмечалось слабое окрашивание, в 2 (9,5%) - умеренное окрашивание, а в 18 образцах (85,7%) - сильное окрашивание ядер цитотрофобластов, отрицательный результат не наблюдался ни в одном случае.

ИГХ исследование антигена CLIC1 у 25 пациентов контрольной группы с диагнозом НБ показало следующие результаты: у 18 (72 %) отмечалось отсутствие экспрессии, у 7 (28 %) слабое окрашивание. Умеренное и сильное окрашивание клеток не было обнаружено.

Вывод. Мы наблюдали более высокие уровни иммунореактивности CLIC1 в трофобластических клетках у пациенток со злокачественными формами ГТБ по сравнению с пациентками с ПЗ. В контрольной группе результат был отрицательным, что свидетельствует об отсутствии клеток с риском злокачественной трансформации. Уровень активности CLIC1 повышается в злокачественно-трансформированных клетках хориокарциномы и экспрессируется в ядре и цитоплазме трофобластических

клеток. Таким образом, CLIC1 может служить прогностическим маркером, позволяющим на ранней стадии выявлять злокачественную трансформацию ПЗ.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.

Актуальность проблемы гестационной трофобластической болезни (ГТБ) достаточно велика. Вопросы профилактики и успешного лечения тесно связаны с медико-социальными проблемами охраны материнства, внутрисемейных отношений, медицинской реабилитации.

Цель: Изучить клинико-патологические, психоэмоциональные особенности различных форм гестационной трофобластической болезни в Узбекистане.

Материалы и методы: Всего было исследовано 150 больных с ГТБ. Из них с полным пузырьным заносом были 43 (76,8%), с частичным пузырьным заносом - 13 (23,2%), с плацентарной трофобластической опухолью - 26 (17,3%), с инвазивным пузырьным заносом - 56 (37,3%), с хориокарциномой - 18 (12%) пациенток. Было 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.

Результаты анализа данных опросного листа. Самыми частыми причинами задержки лечения явились: после выскабливания не разъяснили, что делать дальше, к какому специалисту обратиться – 64%, мнение пациентки, что это просто выкидыш – 49%, нехватка денег – 34%, не было свободных мест в ЛПУ – 39%, не хотела, чтобы родные узнали о рекомендованной химиотерапии – 38%, семейные проблемы – 47%. История болезни и психологические аспекты: в 63% случаев женщины не поделились своей проблемой с другими, причина задержки химиотерапевтического лечения в 58% случаях - боязнь бесплодия после химиотерапии. Гистологическое исследование и исследование ХГЧ после выскабливания проводилось в большинстве случаев.

Выводы: Психоэмоциональные факторы имеют весомое значение в полноценной диагностике и адекватном лечении ГТБ. Необходимо стандартизировать принципы мониторинга женщин после эвакуации пузырьного заноса. Химиотерапия должна проводиться в клиниках, имеющих опыт лечения данной категории больных, т.к. неадекватная химиотерапия приводит к развитию резистентных опухолей и ухудшению прогноза заболевания. Требуется дальнейшее изучение эпидемиологии ГТБ в Узбекистане. Нет единых центров наблюдения за этим заболеванием.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мамудова Б.Ш., Шамсутдинова Д. Х.
Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время актуальной проблемой педиатрии остается лечение больных с внутриутробной инфекцией. Эффективность лечения определяет исход, развитие возможных осложнений и последствия тяжелого течения внутриутробной инфекции.

Целью работы явилось изучение иммунного статуса больных с внутриутробной инфекцией и попытка проведения иммунокоррекции выявленных нарушений.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 22 новорожденных из родильных домов Кургантепинского района Андижанской области. Диагноз внутриутробного инфицирования был подтвержден с помощью иммуноферментного метода (ИФА): герпес – 3, коксаки – 4, цитомегалия – 10, токсоплазмоз – 5.

Диагностическая значимость этих данных определялась уровнем адекватности иммунного ответа детей. В этом определенное значение имеет длительность воздействия этиологического фактора на жизненно важные органы плода.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина наблюдаемых больных отличалась большим полиморфизмом – гепатоспленомегалия, аспирационный, геморрагический, гипертензионно-гидроцефальный синдромы, пороки развития, лихорадка, гипотрофия и т.д. Очевидно, причиной возникших осложнений у наблюдаемых больных явились выявленные у них признаки иммунодефицита, в частности, в большей степени макрофагального звена иммунитета.

У всех больных выявлено значительное снижение функциональной активности нейтрофилов и моноцитов. Для иммунокоррекции выявленных нарушений в комплексную терапию всем наблюдаемым больным был включен лейкинферон – комплексный препарат интерферона альфа и цитокинов – парентерально по 10 тыс. ед и энтерально по 20-40 тыс. ед. С целью воздействия на вирусы введение интерферона сочеталось с применением протекфлазида.

Вывод. Таким образом, больным с внутриутробной инфекцией необходимо проводить иммунологическое исследование с целью определения нарушений в иммунном статусе и своевременной их иммунокоррекции. Введение в качестве иммуномодулятора лейкинферона может способствовать предупреждению хронизации основного заболевания, в качестве противовирусного средства у этих больных эффективно использование препарата протекфлазид.

РАННИЕ ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Махсудова Х.Ф.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Перед педиатром, впервые определившим у своего пациента АГ, возникает множество вопросов: какова причина повышения давления, какие изменения в организме ребенка произошли в связи с АГ и, наконец, как определить объем необходимых исследований и длительность лечения. Настоящее учебное пособие позволит педиатру выбрать рациональную тактику обследования, лечения и наблюдения пациента с АГ.

Цель исследования. Изучить начальные признаки сердечно-сосудистого ремоделирования у подростков с артериальной гипертензией методом эхокардиографии и ультразвукового исследования общих сонных артерий. Провести анализ вегетативного влияния на сердечно-сосудистую систему. Определить ранние критерии диагностики артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 126 подростка (65 мальчиков и 61 девочка) в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст $14,9 \pm 1,71$ лет). В I группу (46 человек) вошли подростки с установленным клиническим диагнозом АГ, имеющие повышенный кардиоваскулярный риск и проявления ВСД.

Во II группу (40 человек) вошли здоровые подростки с нормальным АД, наличием факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), но без проявлений ВСД. В III группу (40 человек) - здоровые подростки с нормальным АД, отсутствием

факторов риска ССЗ и без проявлений ВСД. Группы исследования были сопоставимы по возрасту и полу.

Все дети были разделены на 2 группы: основную группу составили дети с АГ ($n = 23$, из них: 20 мальчиков (86,9%) и 3 девочки (13,1%), в контрольную группу вошли дети с АГ и избытком массы тела, ожирением ($n = 25$, из них: 12 (48%) и 13 (52%), соответственно). В каждой группе мальчики и девочки были разделены на подгруппы с учетом возрастного критерия: 10–15 лет и старше 15 лет.

Результаты исследования. При оценке систолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии, в контрольной группе отмечались статистически значимо более ($p < 0,05$) высокие значения ударного объема, толщины задней стенки левого желудочка в систолу, а также диаметра левого желудочка в систолу, так и в диастолу по сравнению с данными основной группы.

Выраженных межгрупповых различий значений структурных параметров, включающих фракцию выброса, фракцию укорочения, диаметр правого желудочка, толщину задней стенки левого желудочка в диастолу у детей с АГ при сравнении с контрольной группой выявлено не было.

Вывод. Эхокардиография является высокочувствительным методом оценки состояния сердца, позволяющий выявлять ранние структурно-функциональные изменения миокарда и анализировать их динамику в процессе наблюдения и лечения.

Анализ гемодинамических показателей на основании эхокардиографического метода исследования у детей с АГ, позволит учитывать их в качестве дополнительных диагностических критериев у пациентов с высоким уровнем факторов риска атеросклероза, угрожаемых по развитию артериальной гипертензии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Махсудова Х.Ф.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Болезни органов дыхания у детей представляют возрастающую из года в год медицинскую и социальную проблему. На протяжении многих лет бронхолегочная патология занимает первое место в структуре общей заболеваемости в детском возрасте, с ведущей ролью острых респираторных заболеваний.

Первоочередное внимание должно быть обращено на разработку эффективных методов профилактики и своевременной диагностики респираторной патологии у детей (ВНО, 1979). Спустя 20 лет проблема респираторных заболеваний у детей стала еще более актуальной. Особого внимания заслуживают дети, предрасположенные к инфекционным заболеваниям дыхательных путей.

Применительно к изучаемой проблеме требует конкретизации понятие «часто и длительно болеющие дети». Это касается изучения особенностей возникновения, течения и профилактики респираторных заболеваний дыхательных путей у изначально практически здоровых детей, не имеющих сопутствующих (в основном, хронических) заболеваний.

Цель исследования. Изучение этиологической структуры инфекций верхних дыхательных путей у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Характерным для эпидемиологии и этиологии острых респираторных инфекций у детей младшего школьного возраста является: высокая заболеваемость в холодное время года; влияние на эпидемиологический процесс фактора «перемешивания инфекций» в организованных детских коллективах

Проведен анализ истории болезни 40 детей младшего школьного возраста с острыми респираторными инфекциями на аденовирусную инфекцию и вирус парагриппа. Вирусы были диагностированы серологическим методом определения нарастания титров антител.

Результаты исследования. Кровь у больных для исследования брали два раза, т. е. в период разгара заболевания, а также в период выздоровления. Параллельно для выявления патогенной флоры было проведено бактериологическое исследование мазка из зева и слизистых оболочек носа.

Результаты исследования показали, что у 2 больных титры антител на аденовирус нарастали 1,5 раза, у 20 (50%) больных титры антител на парагрипп нарастали в несколько раз.

Клиническая картина у 15 (37,5%) больных проявлялась фарингитом, у 7 (17,5%) — ринитом. Основными симптомами больных с фарингитом были боль при глотании, повышение температуры, головная боль. При осмотре отмечалось покраснение задней стенки глотки, увеличение небных миндалин, увеличение лимфатических узлов на шее и белый налет в зеве.

У больных с ринитом отмечали такие симптомы, как недомогание, субфебрильная температура, заложенность носа, чихание, серозное выделение из носа. Аденовирусная инфекция протекала с явлениями конъюнктивита. У 12 (30%) больных парагриппозная инфекция сочеталась с бактериальной инфекцией: посев из слизистых зева и носа у этих больных обнаружил наличие стрептококковой флоры.

Вывод. При профилактическом использовании «рибомунила» у часто болеющих детей получены следующие клинические доказательства эффективности: существенное снижение частоты эпизодов респираторных инфекций; более легкое и благоприятное (без осложнений и госпитализаций) течение возникших респираторных инфекций; уменьшение фармакологической нагрузки препаратами, используемыми для лечения острых респираторных заболеваний.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ТАҲЛИЛИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ

*Маҳкамов Н. Ж. Хужаназаров И.Э.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги Инсонлар яшаш тарзида, меҳнат фаолиятидаги кам ҳаракатлилик ва оғир юкланишлар умуртқа поғонаси касалликларининг кўпайишига олиб келмоқда. Айниқса ахборотлаштириш ва компьютер технологиялари замонида кўп касб эгаларида меҳнат шароити ва фаолияти ҳаракатланиш даражасининг пасайиши натижаси сабаб бўлмоқда. Бунда касалланиш умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг структур-функционал тури яъни симфизнинг тоғайли фиброз ҳалқаси шикастланиши ва эластиклик ҳолати бузилиш натижасида дискда протрузия ва чурра ривожланишига олиб келади.

Касалликнинг негизида умуртқанинг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари ривожланиши, касалликни босқичма-босқич умуртқа таналарига, бўғимлари ва боғламларига тарқалиши билан кечадиган жараён ётади. Касаллик натижасида умуртқалараро сегментда нотурғунлик ривожланади. Айниқса дискдаги патологик ҳолат сегментлараро нерв элементлари ва толаларининг эзилиши ва оғриқли синдромнинг ривожланишига сабаб бўлади. Остеохондрознинг ривожланиш босқичларида диск чурраси ривожланиши, умуртқалар таналарида

остеофитларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг умуртқа канали томон ўсиб кириш ҳолатлари кузатилади.

Тадқиқот усули ва мақсади Шуни таъкидлаш керакки, касалликнинг кечиши ва босқичлари фақат рентген ва невроген ўзгаришлари бўйича эмас, клиник кўринишга қараб белгиланади. Беморни текширилганда ҳаракатларини турган, ўтирган ва ётган ҳолатларда амалга оширилади. Умуртқа поғонасидаги анталъгик ҳолат, ҳаракатларни кескин чегараланиш ҳолатлари аниқланганда албатта биринчи навбатда унинг давомийлик даврини аниқлаш лозим;

Беморнинг тос соҳасини иккала қўллар билан фиксация қилган ҳолатда ёки ўтирган ҳолатида беморга олд томонга, орқага, ёнбошга эгилиш ва ротацион ҳаракат қилиш буюрилади. Бемордан бу ҳаракатларнинг қайси бирида оғриқ пайдо бўлиши ва оғриқ кучи ҳақида сўралади. Юқорида таъкидлаганимиздек айнан бел пастки қисмидаги тугунлар доимий юкламалар натижасида мускул тортишиш кучи натижасида ҳосил бўлганлиги аниқланди.

Бу жараён беморларда иккиламчи нерв қисилишига сабаб бўлади, бу белгиланган клиник жараён диск чуррасига ўхшаш иккиламчи иррадиацияланвчи оёқлардаги оғриққа сабаб бўлади. Касалликни чаноқ-сон бўғими касалликларидан фарқлаш мақсадида беморни чалқанча ётган ҳолатида иккала қўл кафтлари билан ёнбош суяклари қанотлари босиб кўрилади. Беморни ётган ҳолатида оёқларини фаол бирма-бир кўтариши ва чаноқ-сон бўғимида букиши умуртқа поғонаси бел қисми паравертебрал мушакларнинг тортилиши сабабли оғриқларнинг кучайишига олиб келади. Кўп ҳолатларда албатта солиштирма инструментал текширувлар анамнестик маълумотлар билан жамланади, чунки диск чурралари билан тос-сон бўғим касалликлари (коксоартроз, туберкулёз, бруцеллёз артрити ва КОВИД-19 дан кейинги асептик некроз) клиникаси ўхшашликлари жудаям кўп учрайди.

Анамнестик ва инструментал текширувларни айниқса тос-сон бўғими касалликлари билан солиштирма ташхис ўтказилмасдан қилинган кўплаб муолажалар натижасиз даво ҳисобланган, чунки тос-сон бўғими коксоартрози, коксити, контрактураси ва асептик некроз (КОВИД – 19 асорати)идан кейинги ҳолатда беморларда ўхшаш клиника сақланиб қолган оғриқ симптомлари борлиги аниқланган. Шунинг учун клиник анамнестик маълумотларга асосланган ташхис ва даво самаралидир.

Тадқиқот натижаси. Инсонлар яшаш тарзида, меҳнат фаолиятидаги кам ҳаракатлилиқ ва оғир юкланишлар умуртқа поғонаси касалликларини кўпайишига олиб келмоқда. Айниқса ахборотлаштириш ва компьютер технологиялари замонида кўп касб эгаларида меҳнат шароити ва фаолияти ҳаракатланиш даражасининг пасайиши натижаси сабаб бўлмоқда. Бунда касалланиш умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг структур-функционал тури, яъни симфизнинг тоғайли фиброз халқаси шикастланиши ва эластиклик ҳолати бузилиш натижасида дискда протрузия ва чурра ривожланишига олиб келади. Тадқиқот натижасида дастлаб беморларнинг клиник-анамнестик маълумотлари таҳлили ҳамда беморларнинг травматология ва нейрохирургия бўлимларида даволангандаги касаллик тарихи маълумотларидан ўрганиб чиқилди.

Хулоса. Умуртқа поғонаси бўйин, кўкрак, бел соҳалари дегенератив – дистрофик касалликларининг структур-функционал турида клиник ва анамнестик ўзгаришларини таҳлил қилганимизда тоғайли диск ҳамма умуртқаларда турлича юкланишлар сабабли ривожланишда бўлиши, бу эса клиник жараёнларни тўғри баҳолашни тақозо этади. Олиб борилган илмий тадқиқот хулосалари шуни кўрсатдики, беморларнинг касаллик даражаларини ўрганишда ва тўғри ташхис қўйишда клиник-анамнестик ўзгаришларни ёшига, турмуш тарзи ва иш фаолиятига индивидуал ёндашиш керак.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҲАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-
ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ КОРРЕКЦИЯЛОВЧИ
ДИСТРАКЦИОН МОСЛАМАДА ДАВОЛАШ

Маҳкамов Н. Ж.

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари (УДК) саноати ривожланган мамлакатларда ногиронлик бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. 1995 йилда Қўшма Штатларда бел оғриғи учун тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси 1000 эркак учун 77,8 ва 1000 аёлга 109,1; умуртқалараро дискларнинг дегенератив касалликлари (УД) учун - 1000 эркакка 35,5 ва 1000 аёлга 29,6 [10]. 1997 йилда таянч-ҳаракат тизими касалликлари бўйича касалхонага ётқизилган 1,5 миллион бемордан 311 000 нафарига УД дегенератив касаллиги ташхиси қўйилган [13].

Ҳар йили меҳнатга лаёқатли аҳолининг қарийб 8 фоизи умуртқа поғонасидаги оғриқлар туфайли меҳнат қобилиятини йўқотади ва ногиронлик ҳолатларининг 40 фоизи бел соҳасидаги оғриқлар билан боғлиқ [14]. Неврологдан ёрдам сўраган беморлар орасида; энг катта ўринни дорсопатияларнинг турли шакллари билан оғриган беморлар гуруҳи эгаллайди. Лотинча "дорсум" - орқа, умуртқа поғонаси, ортиқча юнонча "пато" - азоб-уқубат, касаллик, яъни умуртқа поғонаси касалликлари. ИСД-10 да дорсопатиялар умуртқа поғонаси патологиясининг барча даражаларида, бўйиндан думғазагача (М40-М54) намоён бўлишини ўз ичига олади. Улардан яқинда дорсопатиянинг пастки орқа тарафдаги оғриқлар энг кенг тарқалган вариантига катта эътибор қаратилди - УХС[1,2,6], ИСД-10 да рўйхатга олиш тоифаси - М54.5. Ушбу синдромнинг асоси XII жуфт ковурағалар ва думба бурмалари ўртасида жойлашган оғриқдир. ЖССТ экспертларининг фикрича, ривожланган мамлакатларда БНС тарқалиши юқумли бўлмаган эпидемия ҳажмига киради [3,5].

Тадқиқот мақсади Орқа мия дегенератив-дистрофик касалликлари ривожланишининг олдини олиш ва оғриқ синдромини бартараф этиш муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда ва самарали жисмоний реабилитация дастурини ишлаб чиқиш нуқтаи назаридан ҳам, аҳолининг барча тоифалари учун унинг мавжудлиги нуқтаи назаридан ҳам ҳал қилиниши керак. Умумий компьютерлаштириш даврида, жисмоний меҳнатдан ақлий меҳнатга кескин ўтиш, инсоннинг жисмоний фаоллигининг пасайиши кузатилади. Ўтирган иш, машина ҳайдашда мушакларнинг қисқаришини пасайишига олиб келади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, инсон умуртқа поғонасининг 80%и мажбурий ярим эгилган ҳолатда бўлади. Бу ҳолатда узоқ вақт туриш орқа тикловчи мушакларининг чўзилиши ва уларнинг қисқаришини пасайишига сабаб бўлади. Бу умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларининг пайдо бўлишига олиб келадиган асосий омиллардан биридир.

Сўнгги йилларда мамлакатимизда ҳам, хорижда ҳам ушбу муаммога бағишланган кўплаб симпозиум ва анжуманлар ўтказилаётгани бежиз эмас. Кўпгина статистик маълумотлар нафақат умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларининг юқори частотаси, балки ушбу касалликларнинг частотасини камайтириш тенденциясининг йўқлиги ҳақида ҳам далолат беради. Кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги инсонларга таъсир қиладиган умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликлари меҳнат фаолиятини катта йўқотишларига ва кўпинча ногиронликка олиб келади. Бугунги кунда дунёнинг замонавий ихтисослашган кўпгина тиббиёт муассасаларида кенг тарқалган фикр шундаки, дискоген касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш беморларнинг атиги 10-12 фоизида кўрсатилган бўлса бизнинг тадқиқотларимизда 10% гачалиги исботланган. Орқа мия дегенератив-дистрофик касалликлари ва асоратлари бўлган бошқа барча беморлар консерватив даво олишлари мумкин ва керак.

Хулоса Функционал - дистракцион тортиш маҳаллий босимни пасайтириши мумкин, дорилар ёки физик даволаниш симптомларини енгиллаштиради. **Умуртқа каналида мавжуд бўлган бўғим-нерв ва диск-нерв конфликти синдромларини комплекс даволашда бу усул замонавий комплекс даво чоралари мажмуасига киради. Ушбу функционал - дистракцион мослама бўйича умуртқа поғонасини тортиш вақти ва тортиш режимини аниқлаш схемалари ишлаб чиқилган ва таклиф этилган**

Бу мосламаларда олинган натижалар диск чурралари бор беморларнинг 90 % ини консерватив даволашга эришилган. Бу эса диск чурраларини ва мускул таранглашишидан сўнгги умуртқа қисқаришларини даволашда энг самарали ва кам шикастланишлари билан исботланган усулдир. Замонавий меҳнат шароитидаги инсонлар саломатлиги ва ижтимоий равнақи учун энг мақбул даволаш ва профилактика тадбирларидан биридир.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ.

*Маҳкамов Н. Ж. Нарматова Д.М.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги. Орқа миядаги дегенератив ўзгаришлар ривожланган мамлакатлар аҳолисида деярли бир хил даражада содир бўлади, улар овқатланиш ва турмуш тарзи одатларига асосланган деб ҳисобланади. Шундай қилиб, Жанубий-Шарқий Осиё аҳолисининг энг камбағал қатламлари орасида умуртқа поғонасидаги аниқ дегенератив ўзгаришларнинг частотаси атиги 30% ни ташкил қилади, аммо фаровонликда ўсаётган ўша минтақалар аҳолиси орасида деярли бир хил оғриқ 100% катталар бу касалликни бошдан кечирган.

Орқа мия биомеханикасининг бузилиши дегенератив ўзгаришларнинг локализацияси ва зарбларга таъсир қилади. Озиқланиш ва мажбурий турмуш тарзини ўзгартириш хусусиятларига қараб физиологик биомеханиканинг бузилиши умуртқа поғонасидаги дистрофик-дегенератив ўзгаришлар ривожланишининг олдинги омиллари ҳисобланади. Одатда мавжуд бўйин ва бел лордози ҳам умуртқа поғонасининг дегенератив жараёнларининг ривожланиши учун хавфли омиллар бўлиб, дискнинг олдинги бўлимларига кўпроқ босим ўтказиши ва ҳалқадаги дегенератив ўзгаришларнинг ривожланиши билан дирилдоқ ядроси орқага силжий бошлайди. Дискнинг орқа қисмларининг орқа мия каналига бўртиб чиқиши дискнинг силжишига ва бу зонада реактив суяк ўзгаришларининг шаклланишига олиб келади - остеофитлар; Бундай ўзгаришларнинг рентгенограммаси спондилоз деб аталади;

Муаммони ўрганиш даражаси.

Орқа миядаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар биринчи навбатда хавфлидир, чунки улар сурункали патологияга айланиши мумкин. Дегенератив-дистрофик патологиялар билан ҳасталанган беморларнинг тахминан 85 фоизи доимий равишдаги оёқ ва бел соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар .

Орқа мия ДДК сабаблари жуда кўп, асосий омиллари; умуртқа поғонасининг маълум бир қисмидаги интервертебрал дисклар соҳасида метаболик жараёнлар ва қон айланишининг бузилиши; орқа мия тўқималарида озуқа моддаларининг етишмаслиги; орқа мия шикастланиши, шунингдек, травмадан кейинги синдромлар; орқа мия устидаги ортиқча юк; Оғирликни нотўғри ва тез-тез кўтариш; боғламларни, мушакларни чўзиш; орқа мия микроспазми; орқа миядаги юкумли жараёнлар; гормонал бузилишлар; танадаги яллиғланиш жараёнлари; зарарли одатлар; нотўғри овқатланиш;

ортикча вазн; доимий ўтиришдаги турмуш тарзи, ҳаракатсиз иш; Тўқималарда ёшга боғлиқ ўзгаришлар, тўқималарнинг нотўғри озиқланиши; генетик сабаблар. Сабаблар рўйхатида умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларини ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган турли хил омилларни аниқ кўрсатади.

Тадқиқот мақсадлари:

- умуртқа поғонаси дегенератив касалликларининг эрта намоён бўлишини аниқлаш учун клиник ва анамнестик таҳлил ўтказиш;
- умуртқанинг дегенератив касалликларининг эрта клиник кўринишларини, сабабларини ва ҳавф омилларини ўрганиш;
- умуртқа поғонаси юмшоқ тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг эрта патоморфологик белгиларини аниқлаш;
- умуртқа поғонасининг суяк тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг дастлабки патоморфологик белгиларини аниқлаш;
- умуртқа поғонасидаги дегенератив ўзгаришларнинг дастлабки ташҳислаш белгиларининг алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг илмий ва амалий аҳамияти

Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликлари бўйича эрта клиник, анамнестик ва инструментал маълумотларнинг хусусиятлари тўғрисидаги маълумотлар зарур терапевтик тадбирларни ишлаб чиқишга имкон беради.

Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликлари ривожланишининг эрта клиник кўринишлари, сабаблари ва ҳавф омилларининг хусусиятларини аниқлаш бу умуртқа поғонаси касалликларининг характерли дастлабки белгиларини тушунишга имкон беради.

Орқа миянинг юмшоқ ва суяк тўқималарида дегенератив ўзгаришларнинг характерли эрта патоморфологик белгиларини аниқлаш бел умуртқалари касалликларининг дифференциал диагностик белгилари нима эканлигини аниқ кўрсатади. Ва шуларга асосланган ташҳислаш, даволаш ва профилактик тадбирларини олиб боришимиз беморларнинг умуртқа поғонаси касалликларини оғир асоратлари билан касалланишларини бартараф этади ва бу билан мутахассисларимиз инсонлар саломатлиги ва соғлом турмуш тарзини юксак ривожланишига ўз ҳиссасини қўшган бўлади.

**БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҲАСИ СПОНДИЛИТИНИНГ ТУРЛАРИ ВА
ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ.**

**Маҳкамов Н.Ж. Хужаназаров И.Э.
Андижон Давлат тиббиёт институти**

Мавзунинг долзарблиги. Спондилит-бу умуртқа поғонаси ва унинг таркибий элементлари (таналари, умуртқалараро дисklar, бойламли бирикмалар, умуртқалараро бўғимлар)нинг яллиғланишли хавфли касаллигидир. Спондилит инфекцион ва ноинфекцион (асептик) турларга бўлинади, ўз навбатида инфекцион ўзига хос бўлмаган ва специфик (сил, бруцеллез, паразитар, сифилитик ва COVID-19дан кейинги асоратлар) турига киради. Умуртқа поғонаси бўйин, кўкрак ва бел соҳаси спондилити ҳаракат-таянч тизими нуқсонлари ичида жуда долзарб муаммо бўлиб, бу касаллик ривожланиш даражасининг ўтган 10 йил давомида 30 мартадан ортиқ ортиши билан изоҳланади. Орқа миянинг йирингли-яллиғланиш касалликлари орасида инфекцион спондилит 3-8% ни эгаллайди. Умуртқа поғонасида жойлашган яллиғланиш жараёнини ташҳислаш ҳамда даволаш қийинроқ ва суяк тўқимасидан ташқарида юзага келадиган йирингли-яллиғланишли жараёнга қараганда оғирроқ ҳисобланади.

Сўнги йилларда ташрихий жараёнлар фаоллиги, шу жумладан ёндош сурункали касалликларга чалинган кекса одамлардаги асоратлар, шу жумладан спондилитнинг кўпайишига олиб келди. Кўпинча генитоурия тизимининг сурункали инфекцияси, холецистит, флегмоналар, хўппозлар, умуртқа поғонасида бегона жисмлар (ўқ отиш жароҳатлари, умуртқа шикастланишлар оқибатлари) умуртқа поғонаси инфекциясига олиб келади

Текширув усуллари Ўткир гематоген спондилит патогенезидаги асосий боғланиш суякдаги ўткир яллиғланиш марказининг шаклланиши бўлиб, қон томир ва тўқималарнинг ўзгариши билан тавсифланади. Яллиғланиш жараёнининг муҳим хусусияти шундаки, у суяк найчасининг қаттиқ деворлари билан ёпилади, бу эса томирларнинг сиқилишига олиб келади ва суяк гипертензияси оғриқ синдроми сифатида намоён бўлади. Бу ўзгаришлар умуртқалараро дискда инволютив жараён ва спондилитни биргаликда бўлиши ҳисобига келиб чиқиши мумкин, шу сабабли МРТ граммаларда умуртқалараро дискда статик зўриқиш, шунингдек, кифосколиоз, гиперкифоз натижасида функционал юклама ва гипогидратация ҳисоби билан асептик яллиғланиш кузатилади

Хулоса қилиб айтганда, ортопедоневрологик, рентгенологик ва МРТ текширувлари натижасидан маълумки, 30-65 ёшдаги беморларда дискорадикуляр тўқнашув омилини бартараф қилишда декомпрессия ҳажми қониқарли бўлиши зарур, бу ҳақда адабиётлар шарҳи умуртқа канали заҳира бўшлиғининг тўлиқ ишғол бўлганлиги тўғрисида маълумот беради. Бугунги кунда жаҳоннинг замонавий ихтисослашган кўпгина тиббиёт муассасаларида кенг тарқалган фикр шундаки, дискоген касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш беморларнинг атиги 10-12 фоизида кўрсатилган бўлса бизнинг тадқиқотларимизда 10% гачалиги исботланган. Орқа мия дегенератив-дистрофик касалликлари ва асоратлари бўлган бошқа барча беморлар албатта консерватив даволанишлари керак ва шартлиги исботланган. Инсонлар саломатлиги ва ижтимоий раванқ топиши учун мамлакатимизнинг замонавий тиббиётидаги бажарилаётган барча илмий йўналишлар таҳсинга лойиқдир.

ПНЕВМОКОККЛИ ПНЕВМОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЭНДОГЕН АНТИМИКРОБ ПЕПТИДЛАР ТИЗИМИНИ ҲОЛАТИ

Мелиқўсие.О.Э., Даминов.Т.О., Нигматова.Л.М.

*Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент тиббиёт академияси**

Туғма иммунитет тизимида иштирок этадиган кичик оксил молекулалари бўлган антимикроб пептидлар микробларга қарши ҳимоя қилишда муҳим рол ўйнайди. Уларнинг биологик вазифаси бактерия девори полисахаридлари билан боғланишдан иборат бўлиб, ион каналларининг ҳосил бўлишига, биомембрана ўтказувчанлигининг ошишига, унинг тўсиқ вазифасини пасайишига ва хужайра лизисига олиб келади. Токсинлар бўлган бактериал девор полисахаридларини ҳам боғлаб, эндоген антимикроб пептидлар инфекция-токсик шок ривожланишига тўсқинлик қилади.

Ушбу тадқиқотда пневмококк пневмонияси бўлган болалар қон зардобиди пропердин Б концентрацияси соғлом тенгдошларига қараганда анча юқори эканлигини аниқладик (198.80%, $p < 0.001$), ва максимал концентрацияси асоратли пневмония билан касалланган беморларда кузатилди (316.88%, $p < 0.001$ томонидан назорат гуруҳи нисбатан юқори асоратли беморлар ва асоратсиз беморлар ҳамда соғлом болалар ўртасидаги фарқ ишончлилиги) асоратли кечувчи беморларда кузатилди. Болаларнинг ёш тоифалари бўйича тақсимланиши шуни кўрсатдики, барча ёш даврларида пневмония билан касалланган болаларда пропердин концентрацияси соғлом болаларга қараганда юқори бўлган, шу билан бирга касалликнинг мураккаб йўналиши бўлган гуруҳда максимал кўрсаткичлар кузатилган. Пропердин - табиий иммунитет омилidir.

У функционал ва антиген хусусиятига кўра иммуноглобулинлар ва комплемент омилларидан фарқ қилади. Бу специфик иммунитетга тартибга солувчи таъсир кўрсатади, патогенларнинг фагоцитозини фаоллаштиради, ўзига хос фагоцит рецепторларини боғлайди. Бундан ташқари, у комплемент тизими оксили С3b билан комплекс ҳосил қилади, С3 конвертазасини барқарорлаштиради ва муқобил фаол комплементни йўлини фаоллаштиради. С3 конвертазининг фаоллашиши ва комплементнинг С3 компонентининг ажралиши ушбу тадқиқотда, айниқса касалликнинг мураккаб даврида топилган пневмония билан касалланган беморларнинг зардобиди, уни концентрациясининг пасайишига тўғри келади. Соғлом болаларда пропердиннинг максимал концентрацияси 1-2 ва 5-7 ёш давларида кузатилган (1-2 ёшдаги индикатордаги фарқлар 2-5 ёшдаги концентрация билан $p < 0,05$, 5-7 ёшдаги концентрациялар 1 ёшгача – $p < 0,05$, 2-5 ёшдаги концентрация билан - $p < 0,01$). Бундай динамика иммунитет тизимининг табиий ривожланиши билан боғлиқ: бола ҳаётнинг 1-йили охирига келиб пассив гуморал иммунитет заифлашади, бу она антитаначаларининг катаболизми ва т-супрессор функциясининг ошиши билан боғлиқ (нафақат СД-8, балки шаклланмаган лимфоцитлар ҳам супрессор функциясини бажаради) ва ўзига хос бўлмаган омилларнинг фаоллиги реактив равишда ошади, шу жумладан, пропердин тизимлари (1-2 йил) кейинчалик ўз IgG шаклланиши кузатилади, ҳужайра иммунитетнинг супрессор йўналиши ёрдамчи билан алмаштирилади. 4-6 ёшда қонда иммуноглобулинлар сонининг кўпайиши кузатилади (IgA ташқари, катталар даражасигача) ва IgE хатто ҳаддан ташқари кўп, бу атопик ва аутоиммун реакциялар хавфининг ошиши билан боғлиқ бўлиб, бу ҳам пропердин тизимининг фаоллашиши билан бирлаштирилади. Бизнинг ишда касаллик асоратланмаган болалар пропердин б концентрацияси аста – секин ёши катталашиши билан ошди (1 ёшгача бўлган болалар, 2-5 ёш ва 5-7 ёшгача болалар ўртасидаги фарқлар- $p < 0,01$), ўсиш даврида антиген провокацияси ҳолатида иммун тизимини функционал такомиллаштириш ва унинг захира имкониятларини билан боғлиқ ва пропердин синтезининг фаоллашиши. Касалликнинг мураккаб кечиши бўлган болаларда пропердин концентрацияси юқори бўлган ва беморларнинг ёшига қараб ўзгармаган, бу иммунитет тизимининг максимал ишлаши ва асоратлар ҳолатида унинг захира қобилятининг пасайиши билан изоҳланиши мумкин. Пропердин тизимининг бундай фаолияти специфик иммунитет самарадорлигининг пасайишига жавобан кузатилиши мумкин (бу асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлган). Пропердин муқобил (антикорга боғлиқ бўлмаган) комплементни фаоллаштириш йўлини фаоллаштиради, бу яллиғланиш реакцияларининг фаоллигини оширади.)

Шундай қилиб, ушбу тадқиқот пневмококк пневмонияси бўлган болалар плазмасида, айниқса касалликнинг мураккаб кечиши шароитида эндоген антимиқроб пептидлар концентрациясининг сезиларли даражада ошганлигини кўрсатди.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*Мирзакаримов Б.Х., Джумабоев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Изучить причины неудовлетворительных результатов лечения врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК).

Материал и методы. Госпитализировано на обследование и лечение 205 детей с ВДГК в возрасте от 2 до 16 лет. Соотношение мальчиков и девочек 3:1. У 150 детей отмечалось –II степень, у 55 –III степень. Всем детям произведена корригирующая торакопластика по методу Равича-Гросс с некоторой модификацией.

Непосредственный результат был признан хорошим. Изучены отдаленные результаты торакопластики от 1 года до 15 лет. Анализ 13 наблюдений деформации грудной клетки, поступившие после оперативной коррекции воронкообразной груди, показал, что при неполных рецидивах деформации у больных с сопутствующим синдромом Марфана и Дауна, обычный срок фиксации оказался недостаточным. Причины западения ребер в местах остеотомии явилось недостаточная резекция деформированных сегментов ребер, вследствие чего образовалось углообразное искривление. К образованию экзостозов привели излишки надкостницы при поднадкостничной резекции ребер, а чрезмерное вытяжение за грудину приводила к гиперкоррекции. В двух случаях наступил отрыв тракционной нити, что явилось причиной рецидива. В дальнейшем была произведена повторная коррекция.

Вывод. После торакопластики возможны различные осложнения в отдаленные сроки. С целью профилактики необходимо учитывать эти причины при коррекции ВДГК.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

*Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Юлдашев М.А, Юлчиев К.С., Нуманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан Андижан*

Цель. Разработка реабилитационных мер до и после торакопластики.

Материал и методы. Госпитализировано 160 детей с врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК). Соотношение мальчиков и девочек 3:1, по степени деформации: II - у 115, III - у 45 детей. У всех детей кроме косметического дефекта отмечалась быстрая утомляемость, одышка. У детей старшего возраста отмечалась загрудинная боль. У 86% детей выявлено хроническая бронхопневмония, аденоиды у 34%. **Результаты.** С учетом состояния больного в до госпитальном периоде были подвергнуты отоларингологическому обследованию и лечению, а также проведен курс общеукрепляющей, антибиотикотерапии, массаж, лечебную гимнастику, направленную на укрепление мышц груди. Реабилитационный период составлял в среднем 25-30 дней в амбулаторных условиях. В результате комплексных мер улучшилось общее состояние, улучшились показатели дыхания и сердца, что является основным критерием подготовки больного на оперативное лечение. Всем детям было произведено торакопластика. Реабилитация в послеоперационном периоде заключалось в соблюдении специального режима ухода за ребенком, указанный в памятке для родителей.

Вывод. У детей с ВДГК часто наблюдаются сочетанные патологии со стороны лор органов и дыхания. Проведения реабилитационных мер до оперативного лечения и соблюдение режима после операции является залогом успеха лечения и профилактики осложнений.

ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.

*Мирзакаримов Б.Х., Гафуров А.А., Джумабоев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель. Изучить состояние КЩС крови у детей с воронкообразной деформации грудной клетки у детей (ВДГК).

Материал и методы. У 59 больных с ВДГК было проведено исследование КЩС крови с помощью прибора «Микро-Аstrup». Из них 25 до операции и 34 после операции. У 17 больных из общего числа, КЩС было без особенностей. Метаболический ацидоз установлен у 14 больных, дыхательный-у 4, метаболический алкалоз-у 4, дыхательный алкалоз-у 6, смешанный ацидоз-у 4, смешанный алкалоз-у 4, дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз-у 4.

Результаты. Выявление метаболического ацидоза в большинстве случаев указывает на ухудшение легочного газообмена или избыточную вентиляцию, которая привело к накоплению в организме H-ионов или нелетучих кислот. Эти исследования выявили прямую связь изменения показателей от степени выраженности деформации. Чем более выражена деформация грудной клетки, тем показатели нарушения значительны. Расстройства функций внешнего дыхания (ФВД) привели к изменениям окислительно-восстановительных процессов в организме, которые проявляются в нарушениях углеводного, белкового и водно-солевого обменов. В послеоперационном периоде, особенно в отдаленные сроки, у пациентов каких-либо отклонений со стороны ФВД не выявлено.

Вывод. При выраженной степени ВДГК у детей отмечаются значительные нарушения показателей ФВД, которые проявляются в нарушениях обменных процессов и КЩС крови.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Миррахимова М.Х., Икромов Ш.Н.
Ташкентская Медицинская Академия*

Введение. Гломерулонефрит является многофакторным заболеванием и характеризуется высокими темпами роста заболеваемости и инвалидизации детского населения в современных популяциях. Несмотря на широкое изучение, развитие и прогрессирование хронического гломерулонефрита (ХГН) остается одной из ведущих проблем нефрологии.

Многообразие форм ХГН обусловлено различными этиопатогенетическими причинами. Нефропатии у детей имеют, как правило, прогредиентное течение. Тяжелое течение ХГН, быстрое развитие осложнений обуславливают актуальность исследований, направленных на выяснение патогенетических механизмов заболевания.

Целью работы было изучение клинико-лабораторных особенностей гломерулонефрита (ГН) у детей с дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 54 ребенка с ГН, в возрасте от 1 года до 6 лет, лечившихся в областном детском клиническом объединении. У 24 больных гломерулонефрит протекал с нефритическим синдромом, у 18 — с нефротическим синдромом (НС), у 12 — с НС и гематурией. У всех больных проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование, включавшее выявление стигм ДСТ и дизэмбриогенеза.

Результаты и их обсуждение. При обследовании 54 детей с ГН стигмы ДСТ были выявлены у $81,2 \pm 3,9$ % больных, множественные стигмы ДСТ (3 и более) были выявлены у $41,5 \pm 5,0$ %. Из стигм ДСТ чаще всего встречались аномалии кистей и стоп ($39,4 \pm 4,0$ %) и плоскостопие ($35,4 \pm 5,0$ %). Пигментные пятна и гипермобильность суставов встречались с одинаковой частотой ($29,6 \pm 4,89$ %), а нарушение осанки, сколиоз были выявлены у $18,2 \pm 4,1$ % больных. Другие стигмы ДСТ (деформация грудной клетки, грыжи, близорукость, высокий рост и длинные пальцы, сандалевидная щель, деформация желчного пузыря, пролапс митрального клапана) встречались менее чем у 9 % обследованных. Более 5 стигм ДСТ имели 4 из 54 детей. Отсутствие стигм ДСТ было выявлено у $12,9 \pm 3,78$ % детей с ГН. При различных формах ГН стигмы ДСТ встречались почти с одинаковой частотой ($p > 0,05$). Три и более стигмы ДСТ с равной частотой встречались у больных с нефритическим синдромом ($39,66 \pm 6,42$ %) и нефротическим синдромом ($40,91 \pm 10,73$ %). Это может свидетельствовать о том, что особенности метаболизма, иммунитета у детей с ДСТ предрасполагают к развитию ОГН, но не определяют его форму. Так как ДСТ генетически обусловлена, особенности метаболизма соединительной ткани могут возникать внутриутробно, что сказывается на формировании некоторых стигм дизэмбриогенеза. Стигмы дизэмбриогенеза выявлены у $91,5 \pm 2,9$ % больных ГН, множественные стигмы дизэмбриогенеза (3 и более) выявлены у $51,0 \pm 5,2$ % детей, то есть у каждого второго больного ГН. Из стигм дизэмбриогенеза чаще всего встречалась тенденция к синдактилии II, III пальцев стопы ($69,5 \pm 4,2$ %), с одинаковой частотой — готическое небо и гипертелоризм (соответственно $56,3 \pm 5,1$ и $52,1 \pm 5,2$ %), несколько реже — деформация мочек ушей ($19,8 \pm 4,1$ %), низкий рост волос на лбу ($18,0 \pm 4,0$ %). Другие стигмы дизэмбриогенеза, такие как аномалии формы черепа, эпикант, аномалии почек, аномалии глаз, крипторхизм, дополнительный сосок на груди, гипертрихоз, встречались менее чем у 5 % обследованных детей. Более 5 стигм дизэмбриогенеза имели 8 из 54 детей ($14,8 \pm 2,8$ %). Встречаемость стигм дизэмбриогенеза при различных формах ГН имела ряд отличий. При нефротической форме ГН чаще, чем при нефритической форме, встречались 3 и более стигмы дизэмбриогенеза, которые выявлены у $58,2 \pm 10,2$ % больных с нефротической формой и у $41,3 \pm 6,5$ % с нефритической ($p < 0,05$). В то же время 1–2 стигмы дизэмбриогенеза чаще выявляли при нефритическом синдроме (10 больных, $41,6 \pm 4,2$ %) и лишь у 4 из 18 больных с нефротическим синдромом ($p < 0,05$). Наличие множественных стигм дизэмбриогенеза у больных с нефротическим синдромом косвенно указывает на отрицательное влияние особенностей метаболизма соединительной ткани, проницаемости мембран, иммунитета, его регуляторных систем (цитокинов) на возникновение нефротического синдрома при ГН. При изолированном мочевом синдроме частота встречаемости стигм дизэмбриогенеза не отличалась от частоты при ГН с нефритическим синдромом, поэтому эти две группы больных не разделялись. Характер стигм дизэмбриогенеза в группах больных с различными формами ГН достоверно не различался ($p > 0,05$). Таким образом, наличие множественных стигм ДСТ и дизэмбриогенеза у больного с ГН может быть косвенным критерием для прогноза тяжелого течения процесса с поражением не только гломерулярного аппарата, но и базальной мембраны. Так как у больных с множественными стигмами ДСТ и дизэмбриогенеза чаще встречался ГН с нефротическим синдромом и ГН с нефротическим синдромом с гематурией, клинические проявления у этих больных имели определенные особенности.

Выводы. Определение стигм ДСТ и дизэмбриогенеза является простым, достаточно информативным методом, общедоступным и не представляющим сложности для педиатра. Изучение выявления стигм ДСТ и дизэмбриогенеза особо актуально на современном этапе в связи с ухудшением экологической обстановки и изменением классической клиники заболевания.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ МЕНОПАУЗЫ

Мирхошимов М.Б. Таджиева М.А.

ТошПТИ, Акушерлик ва гинекология, болалар гинекологияси кафедраси

Актуальность. В последние годы большое внимание уделяется здоровью женщин в климактерический период, так как этот период составляет почти треть жизни женщины. В связи с этим от характера и течения этого периода зависит не только здоровье женщины, но и ее трудоспособность, способность выполнять различные социальные функции. Дефицит эстрогенов приводит к развитию различных осложнений, поэтому важно прогнозировать вероятность функционального расстройства различных органов и систем в период менопаузы, проводить своевременную диагностику и лечение. Нарушения обмена веществ являются одними из осложнений менопаузы.

Цель. Изучить нарушения обмена веществ у женщин в зависимости от длительности климактерического периода.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 75 женщин в возрасте от 45 до 60 лет, которые были разделены на группы в зависимости от длительности менопаузы. Первую группу составили 25 пациенток с длительностью менопаузы до 2 лет, вторую - 25 пациенток с длительностью менопаузы от 2 до 7 лет, третью группу - 25 женщин с длительностью менопаузы более 7 лет. В контрольную группу вошли 20 женщин в климактерическом периоде без признаков метаболических нарушений. Ни одна из женщин не получала заместительную гормональную терапию. Во всех группах пациенток изучали акушерско-гинекологический и наследственный анамнез, возраст наступления менопаузы, ее продолжительность и курс лечения. Антропометрическим методом оценивали следующие параметры: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), отношение ОТ к окружности бедер (ОТ/ОБ).

Результаты и обсуждение. Исследованные группы статистически не отличались по возрасту, время начала менструации, числа рождений и прекращения ($p > 0.05$). Оценка наследственной истории показала главные клинические признаки pathognomonic для метаболического синдрома в близких родственниках (напечатайте 2 диабета mellitus в 32 % случаев, артериальной гипертензии в 52 %, и ранней ишемической болезни сердца в 36 %). В группе управления только 1 случай (5 %) не показал артериальной гипертензии. Главные жалобы, представленные исследованными женщинами быстро, получили вес после начала менопаузы: рост волос в нетипичных местах, высоком кровяном давлении, грубой, гиперпигментированной коже на локтях, под грудными железами, в подмышечных областях (так называемый “черный acanthosis”) в 2 пациентах (8 %) II групп, в 10 пациентах (40 %) - II групп, и во мне и управлении группируется, эти признаки не были диагностированы. В женщинах группы I, средняя масса тела увеличилась на 2.8 кг, в группе II - на 3.6 кг в течение первых двух лет постменопаузы. 7 лет спустя, после менопаузы, увеличение веса в группе III составляло 7.6 кг, жирная ткань была главным образом распределена в области талии.

Вывод. 1. Наследственность играет роль в развитии нарушений обмена веществ. 2. Чем больше длительность менопаузы, тем более выражены признаки метаболических нарушений: ожирение, повышение уровня ОХ, ТГ, ЛПНП и ЛПОНП, снижение уровня ЛПВП, инсулина, развитие ИР, сосудистых осложнений, сахарного диабета.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ
ЖЕНЩИН СРЕДСТВАМИ СОЦИАЛЬНОПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Мирхошимова Х. М., Таджиева М.А.

ТошПТИ, Акушерлик ва гинекология, болалар гинекологияси кафедраси

Актуальность: В нашем исследовании рассматриваются психологические и социальные условия реализации материнства у первородящих женщин. Предпринимается попытка проанализировать возможности социальнопедагогической деятельности в целях профилактики депрессивных расстройств и формирования материнского поведения в первый год жизни ребенка. В центре нашей работы стоит изучение отношения женщины к опыту материнства и условий, в которых оно реализуется. Предпосылкой к исследованию является теория о том, что материнское поведение формируется в рамках поведенческих и физиологических механизмов, а также под воздействием «доминанты материнства». **Цель:** Исследование связи выраженности послеродовой депрессии с психологическими и социальными условиями материнства, и роли социальнопедагогической деятельности в профилактике послеродовых депрессий у первородящих женщин.

Материалы и методы: В исследовании используются: шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory), Единбургский опросник послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)), а также авторская анкета об условиях материнства. Для исследования готовности к материнству используется методика «Фигуры». **Результаты и обсуждение:** Материнское поведение это комплекс из биологических инстинктов и социокультурной обусловленности. Первородящие женщины испытывают больше тревоги во время беременности, не представляют, что ждет их после родов и не имеют сформированного образа материнства, не знают какие методики воспитания они будут применять со своими детьми. Женщины, чьи ожидания от материнства не совпадают с реальностью, имеют более выраженные показатели депрессии. Соответственно, опыт материнства, обучение, положительные примеры и подкрепление опыта материнства помогают формировать более адекватные реальности ожидания. Исследование показало, что обучение, информационная обеспеченность и поддержка женщины на этапе адаптации к роли матери способствует формированию биологически и психологически обоснованному материнскому поведению и снижает риск послеродовых депрессий. Разрабатывается программа социально-педагогической поддержки беременных и новоявленных матерей, обсуждаются возможности практического применения полученных результатов.

Выводы: Сложности адаптации к роли матери и игнорирование социально-культурного опыта становления материнства часто приводят к негативным психологическим процессам, к затяжным депрессиям и повышению уровня тревожности. Остро необходимы обучение материнству, физическая и психологическая поддержка женщины на этапе адаптации к роли матери. Проблема профилактики и послеродового сопровождения, несомненно, является социально значимой, способствующей более успешному материнству и рождению большего числа детей. В обществе есть повышенный запрос на квалифицированную социально-педагогическую помощь.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАТЕРИ И ПЛОДА У БОЛЬНЫХ
С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Мунинов А. А., Матлубов М. М., Хамдамова Э. Г.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Обеспечение гемодинамической стабильности во время беременности и родов у больных с митральным стенозом (МС) одна из важнейших задач, стоящих перед группой специалистов, обеспечивающих безопасность родоразрешения. При этом ведущую роль играет степень выраженности МС и связанные с ней функциональные нарушения системы кровообращения матери и плода прогрессирующие по мере увеличения сроков гестации и лимитирующие резервы кровообращения.

Цель исследования: Изучение изменений функционального состояния сердечно-сосудистой системы матери и маточно-плацентарно-плодового кровотока по отношению к предполагаемым срокам родоразрешения в зависимости от степени выраженности митрального стеноза.

Материал и методы исследования: Исследованию подвергнуто 78 женщин с МС различной степенью тяжести в возрасте от 18 до 28 лет при сроках гестации от 12-14 до 36-38 недель. При этом пользовались классификацией А.Н. Окорокова, выделяя «незначительный» МС с общей площадью стеноза $>2,9 \text{ см}^2$, «умеренно-выраженный» ($2,9-2\text{см}^2$), «выраженный» ($1,9-1,1 \text{ см}^2$) и «критический» ($<1\text{см}^2$).

В зависимости от степени выраженности МС и сроков гестации к моменту предполагаемого абдоминального родоразрешения (прерывания беременности) все больные разделены на 4 группы - по 17 наблюдений в каждой. I-ую группу составили пациентки с «незначительным» МС (со сроками гестации-36-38 недель); II-ую группу – с «умеренно-выраженным» МС (при гестации-34-36 недель), в III-ую группу вошли женщины с «выраженным» МС и сроками (гестации-32-34 недель), в IV-ую группу – с «критическим» МС (с гестацией 10-12 недель).

Исследования проводили в плановом порядке за 2-3 дня до предполагаемого родоразрешения (прерывания беременности). Центральную гемодинамику исследовали методом эхокардиографии SA-600 фирмы «Medison». При этом изучали ударный индекс, сердечный индекс, общее периферическое сопротивление сосудов и коэффициент резерва (КР). С помощью мониторов МПР6-03-«Тритон» (Россия) и Mindray (Китай) фиксировали частоту сердечных сокращений (ЧСС) в мин, среднее динамическое давление (СДД), частоту дыхания (ЧД), ЭКГ и SpO_2 в%. Сердечную недостаточность (СН) квалифицировали по Н. В. Стражеско, В. С. Василенко, а также согласно Нью-йоркской классификации (НУНА). Диагноз СН устанавливали после консультации кардиологов, кардиохирургов. Параллельно у всех женщин методом доплерометрии исследовали функциональное состояние маточно-плацентарно-плодового кровотока (МППК).

О функциональном состоянии МППК судили по индексу резистентности (ИР) левой и правой маточной артерии, артерии пуповины. Исследовали также систоло-диастолическое отношение (СДО) в средней-мозговой артерии плода.

Результаты исследования: Полученные результаты позволили установить вполне удовлетворительное состояние центральной гемодинамики у беременных I-й группы с незначительным МС $>2,9\text{см}^2$, которое укладывалось в нормодинамический режим кровообращения, позволяющий пролонгировать беременность. КР у этих больных составит $0,88 \pm 0,03$. Исследование МППК не выявило выраженных патологических отклонений и позволяет приравнивать их к относительно здоровым роженицам, то есть к группе минимального риска в процессе гестации. У беременных II-ой группы «умеренно-выраженный» МС- $2,9-2\text{см}^2$ при сроках гестации 34-36 недель

регистрировали умеренно выраженную гемодинамическую недостаточность в виде выраженной тахикардии, снижении разовой и минутной производительности сердца, повышении ОПСС, КР составлял $0,71 \pm 0,08$. В целом, состояние гемодинамики укладывалось в гиподинамический режим кровообращения. У этой группы пациентов начинает формироваться гемодинамическая недостаточность, которую можно классифицировать как СН I степени (II-III ФК по NYHA), что находит свое логическое отражение в функциональном состоянии МППК. Принимая во внимание дальнейшее прогрессирование СН по мере увеличения сроков гестации, необходимо решать проблему целесообразности (безопасности) дальнейшего пролонгирования беременности в пользу досрочного родоразрешения.

У женщин III группы с «выраженным» МС-1,9-1,1 см² уже при сроках гестации 32-34 недели регистрировали все признаки СН IIА степени (III ФК по NYHA), при этом УИ и СИ снижались до критических цифр. КР соответствовал $0,64 \pm 0,05$. В целом, имел место гиподинамический режим кровообращения. Вышеуказанные параметры указывают на надвигающуюся гемодинамическую катастрофу, исключающую дальнейшее пролонгирование беременности. Соответственно резко ухудшались показатели, характеризующие функциональное состояние МППК, что свидетельствует о формировании выраженной фетоплацентарной недостаточности, ставящей под угрозу беременность (гибель плода). Таким образом, грубые нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с выраженным МС не позволяют пролонгировать беременность более 32-34 недель, требуют своевременной коррекции и исключительно абдоминального варианта родоразрешения в условиях специализированного родовспомогательного учреждения. Целесообразность беременности вообще у данной категории больных подлежит сомнению.

У женщин IV группы (МС < 1 см²) уже при сроках гестации 12-16 недель регистрировали все клинико-функциональные признаки СН IIА степени (III-IV ФК по NYHA) с параллельно выраженным нарушением МППК, КР составлял $0,64 \pm 0,03$. Вышеизложенные патологические изменения позволяют рекомендовать немедленное прерывание беременности с последующей кардиохирургической коррекцией.

Выводы:

1. Выраженность функциональных нарушений со стороны системы кровообращения матери и плода находится в прямой зависимости от степени митрального стеноза и сроков гестации.
2. Минимальные нарушения гемодинамики и МППК имели место у пациенток с «незначительным» и «умеренно выраженным» МС в сроках гестации соответственно в 36-38 и 34-36 недели.
3. Наиболее выраженные и опасные нарушения в плане развития гемодинамической катастрофы зарегистрированы у женщин с «выраженным» и «критическим» МС, которые формировались уже к 32-34 (III-гр) и к 12-14 (IVгр) неделям гестации соответственно, и подлежат срочному абдоминальному родоразрешению (III группа) или прерыванию беременности (IV-группа).

**СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

*Муминова Н.Х., Ишмуратова Л.Э., Шорахмедова Н.Ш.
Кашкадаринский филиал Центра развития повышения квалификации
медицинских работников*

Микронизация прогестерона с заключением его в носители липосферы увеличивает степень абсорбции и решает проблему биодоступности прогестерона. Примером препарата микронизированного прогестерона является препарат Лютеина-

натуральный прогестерон для сублингвального и вагинального применения. Как утверждают ведущие специалисты в области акушерства и гинекологии натуральный прогестерон обладает с высокой степенью биодоступности и множеством преимуществ по сравнению с другими формами гестагенов.

Целью нашего исследования было определить эффективность сублингвального натурального прогестерона при купировании угрозы самопроизвольного выкидыша, обусловленные различными причинами.

Нами было назначено 96 беременным в сроках от 3 недель до 13 недель идентичный аналог натурального прогестерона Лютеина (Адамед, Польша), сублингвально в дозах 100-150 мг, либо в сочетании вагинальной формой, также по 100 мг в сутки которые обратились в клинику «Премиум» в г Карши.. Возраст беременных составил в среднем- $19,5 \pm 0,7$ лет.

Для мониторинга эффективности Лютеина нами был исследован такой маркер как NK-лимфоциты с фенотипом CD56+, который относится к группе натуральных киллеров (NK-клетки) – популяция больших гранулярных лимфоцитов. Они способны лизировать клетки-мишени, инфицированные вирусами и другими внутриклеточными антигенами, опухолевые клетки, а также другие клетки аллогенного и ксеногенного происхождения и вырабатывается в децидуальной оболочке специфический блокирующий фактор, индуцируемый прогестероном (PIBF) фактором. Нормальные показатели CD56+ составила от 6,0 до 8,5 (в среднем $7,9 \pm 0,7$ мг%). При нормальных значениях данного маркера мы эффективность Лютеина оценивали по клинике (исчезали такие симптомы как боли внизу живота, дискомфорт), а показатель CD56+ оставался в пределах нормы. При начавшихся угрозах выкидыша CD56+ начинал снижаться до на $1,1-1,7$ мг.

При присоединении других осложнений (манифестация инфекции ИППП-таких как ЦМВИ и ВПГ (37 беременных были хроническими носителями) показатель повышался, достигая до $9,1 \pm 0,5$ мг%.

Рекомендуемые дозы Лютеина эффективно влияли на течение беременности, на рост эмбриона, без побочных действий. Из 96 беременных на фоне лечения, даже с соматической и инфекционной патологией, мы смогли купировать Лютеиной повышая дозу ее до 200 мг в сутки, что оказалась успешным шагом и способствовала пролонгированию желанной беременности.

Таким образом, нами рекомендуемый натуральный прогестерон Лютеина эффективно способствует выработке прогестерон индуцирующий фактор беременности (PIBF) и играет важную роль в обеспечении нормального течения беременности и является своеобразным протектором беременности. Лютеина позволяет беременности достигать своих физиологических сроков путем подавления сократительной активности матки, насыщением организма экзогенного прогестероном, тем самым усиливая выработку PIBF, с нормализацией концентрации эндогенного прогестерона. Наши результаты были закреплены контролем концентрации прогестерона в крови, где показатель P_g начал повышаться на фоне проводимой успешной терапии.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ
С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

*Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Каримова Н.И.,
Арипова Ш.Х., Каримова М.Х.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии МЗ РУз, Ташкент*

Актуальность проблемы. Хронические воспалительные заболевания бронхов являются актуальной проблемой педиатрии, поскольку их частота в последние годы нарастает, а клинические проявления характеризуются тяжестью течения и ранней инвалидизацией больных. Хронический бронхит (ХБ) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний легких у детей. Истоки многих хронических болезней взрослых лежат в раннем детстве и причины хронизации с наибольшей полнотой могут быть раскрыты в начале формирования болезни. Особо отмечается роль иммунной системы в их формировании. Несмотря на кропотливый труд врачей и исследователей всего мира в изучении ХБ механизмы формирования и течение этих заболеваний, особенно в детском возрасте, остаются все еще не до конца понятными. Иммунологический дисбаланс сопровождается длительными и вялотекущими обострениями заболевания, что приводит к ухудшению прогноза больного.

Цель исследования. Оценка состояния иммунного статуса при хроническом бронхите у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. В исследование включено 45 больных, детей с хроническим бронхитом (ХБ) в возрасте от 7 до 15 лет. В качестве группы сравнения обследованы 25 детей с острым бронхитом (ОБ), контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Проводились общеклинические, функциональные и иммунологические исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. У детей с ХБ 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.

Результаты анализа изучения иммунного статуса у больных ХБ в фазе обострения заболевания выявил следующие отклонения: достоверное снижение CD3⁺-лимфоцитов по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). При изучении CD4⁺-лимфоцитов был выявлен их глубокий дефицит. Отмечалось повышение CD8⁺-лимфоцитов по отношению к группе сравнения в 1,3 раза ($p < 0,01$). Отмечалось достоверное повышение CD16⁺-лимфоцитов по отношению к группе сравнения ($p < 0,01$). Было выявлено повышение CD20⁺-лимфоцитов у детей по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,01$). Уровень IgG по отношению к группе сравнения оказался сниженным в 1,2 раза. У больных ХБ уровень IgA повышен относительно данных контрольной группы в 2,1 раза ($p < 0,001$). При этом у детей с ХБ уровень IgM был повышенным по отношению к группе сравнения в 1,8 раза.

У детей с ХБ при оценке цитокинового статуса было выявлено, что уровень ИЛ-1 β по отношению к группе сравнения повысился в 3,1 раза ($p < 0,001$). Уровень ИЛ-4 повысился в 3,0 раза по отношению к группе сравнения ($p < 0,001$). При анализе содержания ИЛ-8 у детей с ХБ нами отмечено его увеличение в 4,0 раза по сравнению с данными группы сравнения ($p < 0,001$). Такое повышение содержания цитокинов свидетельствует об активации процессов воспаления. После проведенного традиционного лечения у детей с ХБ показатели иммунного и цитокинового статуса

оставались значительно нарушенными. Отклонения в цитокиновой системе в фазе ремиссии, является следствием постоянного антигенного раздражения, характеризующего хроническое течение заболевания.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что развитие хронического воспалительного процесса в легких сопровождается значительной продукцией цитокинов, что свидетельствует о высокой антигенной стимуляции клеток-продуцентов. Установленные нарушения цитокинового гомеостаза подтверждают существующее положение о роли системы иммунитета в патогенезе хронического бронхита и его прогрессировании.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ.

Мусозода Д., Ахмедова Н.М

Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность проблемы. Дисменорея – самое частое гинекологическое страдание у женщин независимо от возраста или национальности. Проблема дисменореи в настоящее время приобрела особую значимость в связи с распространенностью, как медицинской, так и социальной значимостью. Дисменорея у девушек приводит не только к потере трудоспособности, но и к изменению психосоматического статуса.

Цель исследования: определение наиболее значимых факторов риска развития первичной дисменореи у девушек на основании комплексного обследования девушек и их матерей.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 60 анкет, заполненных девушками с дисменореей и их матерей. Первичная дисменорея установлена после выяснения жалоб и проведения дифференциальной пробы с нестероидным противовоспалительным препаратом.

Результаты и обсуждение: Учитывая, у девушек с первичной дисменореей, применена схема лечения с использованием НПВП и препарата Цинк. Пациенткам, имевшим тяжелую форму дисменореи на фоне избыточного уровня эстрадиола с преобладанием симптомов перераздражения парасимпатического тонуса ВНС, в целях основного фактора лечебного воздействия были выбраны монофазные КОК с минимальным содержанием эстрадиола и активным прогестагеном. Таким КОК по праву является препарата «Линдинет 20» благодаря удачному сочетанию его компонентов. Препарат принимался по 21-дневной схеме с 7 дневными перерывами. Оценка результатов назначения Линдинет 20 позволила убедиться в том, что через 4 месяцев приема препарата у девушек с дисменореей полностью исчезла не только боль, но и кровяные межменструальные выделения, обморочные состояния, тошнота и рвота, диарея, зябкость и зуд кожи, боли в области сердца, нехватка воздуха и симптом «красного ожерелья». Эффективность действия, проводимой нами терапии с НПВС и Цинк оценивалась по данным оценки болевого синдрома по 10-балльной визуально – аналоговой шкале боли, которую девушки заполняли индивидуально.

Оценка эффективности лечения ювенильной дисменореи

Симптомы	Общее количество 15					
	Дисменорея легкой степени n=1		Дисменорея средней степени n=9		Дисменорея тяжелой степени n=5	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Боли внизу живота	1	-	9	-	5	-

Тошнота, рвота	-		2	-	4	-
Головные боли	1	-	8	1	5	-
Головокружение	1	-	5	1	3	2
Парестезии	-		2	1	2	1
Озноб	-		1	-	3	-
Чувство жара	-		1	-	1	-

Вывод: Недостаток цинка играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи и задачей медикаментозной терапии, направленной на нормализацию гормонального профиля, являются восполнение дефицита различных компонентов, участвующих в процессе синтеза гормонов, коррекция метаболических нарушений.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ.

*Мухамадиева Л.А., Кудратова З.Э., Тураева Н.О.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет*

Актуальность проблемы. Несмотря на успехи пульмонологии в последнее годы, удельный вес хронических заболеваний бронхолегочной системы продолжает расти. Данными многих авторов диагностика хронических неспецифических заболеваний легких должна быть основана на совокупности анамнестических данных и характерных клинических, лабораторных, рентгенологических, функциональных, флюорографических, бронхологических методов: бронхоскопии, бронхографии и конечно компьютерной томографии, техника и технология которых непрерывно совершенствуются (Овсянников Ю.А. с соавт 2017, Шамсиев А.М. с соавт.2019).

Цель исследования. Изучение клинико-анамнестических данных детей с бронхоэктатической болезнью с целью улучшения и ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 345 детей с бронхоэктатической болезнью в возрасте от 3 до 16 лет. Обследовано общеклиническими методами исследования с последующим инструментальными методами обследования включая бронхоскопию, бронхографию и компьютерную томографию.

Результаты исследования. При исследовании всех 345 детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких у оперированных детей с бронхоэктатической болезнью отмечается превалирование детей сельской местности. При анализе анамнестических данных удалось выяснить, среди причин бронхоэктазий были (62,5%) случаев частые простудные заболевания, тяжело перенесенные в раннем детстве пневмонии, вовремя не удаленные инородные тела бронхов, как причина развития отмечены в 7 (11,1%) случаях, развитие бронхоэктазий после перенесенного плеврита на фоне острой деструктивной пневмонии составил 7 % (17), в 2 случаях (3,17 %) причиной бронхоэктазий явился абсцесс легкого, в остальных случаях был заподозрен врожденный характер болезни. Следует отметить, что у обследованных нами больных сроки нахождения инородных тел составили от трех до девяти месяцев. Объективные данные выявили следующие изменения: бледность кожных покровов у 82,5% , симптом “барабанных палочек” и “часовых стекол“ у детей 63,5%, физическое развитие было пониженным в различной степени у 73% детей, цианоз носогубного треугольника - у 54,7% в основном у детей с двухсторонними бронхоэктазиями, пероральные хрипы - у 13,4%, деформация грудной клетки чаще всего у детей с более длительным течением заболевания и двухсторонними бронхоэктазиями. При перкуссии почти у всех больных обнаружено чередование укороченного легочного звука с коробочным оттенком. При аускультации у 78,0% больных, дыхание над пораженным

участком чаще было ослабленным, локальные хрипы выслушивались у всех больных. Наряду с влажными хрипами у детей прослушивались и сухие свистящие хрипы у 41,0% в основном у детей с двухсторонними бронхоэктазиями. При аускультации тоны сердца были приглушены у всех детей, систолический шум на верхушке сердца прослушивался у 74,5%, акцент II тона на легочной артерии у 14,3% детей. Рентгенологические исследования дали следующие результаты: в 8 случаях при обзорной рентгенографии выявлено смещение средостения на фоне ателектаза пораженной стороны, в 7 случаях ячеистость легочного рисунка. По локализации патологического процесса больные распределились следующим образом: левосторонняя локализация БЭБ обнаружена у 45 (71,4%), правосторонняя – у 9 (14,2%), двухстороннее поражение отмечено в 4 (6,3%) случаях и у 5 (8,1%) больных в противоположном легком был отмечен хронический деформирующий эндобронхит.

Выводы. Таким образом, больные с бронхоэктатической болезнью имеют свои анамнестические, клинические особенности, так и данные инструментальных методов исследования, позволяющие в большинстве случаев поставить диагноз и выбрать тактику лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ДИФFUЗНЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

*Мухамедов Ф.Н., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Абдуллаева М.К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент*

Актуальность проблемы. В настоящее время широко изучается взаимосвязь заболеваний щитовидной железы и соматической патологии. Вопрос о взаимосвязи течения заболеваний щитовидной железы и бронхолегочной системы на сегодняшний день остается актуальной проблемой современной медицины.

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 клинико-биохимические особенности при бронхолегочной патологии у детей, протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба.

Материал и методы исследования. Обследовано 125 детей с бронхолегочной патологией (БЛП), протекающей на фоне диффузного эутиреоидного зоба (ДЭЗ) в возрасте от 7 до 14 лет. Из них 45 детей с внебольничной пневмонией (ВП) затяжного течения на фоне ДЭЗ, 45 детей с рецидивирующим бронхитом (РБ) на фоне ДЭЗ.

Группу сравнения составили 15 больных с ВП без патологии щитовидной железы и 15 детей с РБ без ДЭЗ. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты функциональных и биохимических методов исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. При анализе состояния преморбидного фона (рис.1) детей с 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, запоры.

Результаты биохимических исследований показали, что у детей с РБ и ВП затяжного течения на фоне ДЭЗ отмечалось недостоверное повышение уровня T_3 до $2,2 \pm 0,2$ нмоль/л; $2,3 \pm 0,2$ нмоль/л соответственно, при контрольном значении $2,1 \pm 0,1$ нмоль/л ($P > 0,05$), по сравнению с данными детей без ДЭЗ ($2,1 \pm 0,3$ нмоль/л и $2,0 \pm 0,2$ нмоль/л соответственно $P > 0,05$), что указывает на напряжение функциональной активности тиреоидной системы. Уровень T_4 в группе детей с РБ на фоне ДЭЗ снижен до $4,1 \pm 0,3$ мкг% относительно контрольного значения на 1,3 раза ($P < 0,05$), в группе детей с ВП на фоне ДЭЗ до $3,9 \pm 0,4$ мкг% – на 1,4 раза и по сравнению с данными без ДЭЗ ($5,0 \pm 0,2$ мкг% и $5,2 \pm 0,4$ мкг% соответственно $P < 0,05$). Снижение T_4 свидетельствует об истощении основного резерва для синтеза T_3 и является прогностически неблагоприятным признаком течения БЛП у детей с эутиреозом.

Характерно повышение отношения T_3/T_4 ($0,5 \pm 0,04\%$ и $0,6 \pm 0,03\%$ соответственно), которое при повышенном содержании ТТГ (до $3,4 \pm 0,3$ мЕД/л, $3,7 \pm 0,5$ мЕД/л соответственно $P < 0,05$ и повышены по сравнению с данными без ДЭЗ в 1,4 раза) и пониженном T_4 подтверждает диагноз ДЭЗ у детей с БЛП.

С целью раскрытия механизмов рецидивирования бронхита с точки зрения метаболических изменений и нарушений свободнорадикальных процессов на уровне лимфоцитарного звена, нами были изучены показатели, отражающие данные нарушения, а именно: содержание МДА, ДК, активность ферментов антиоксидантной защиты – СОД и КТ. Анализ нарушения процессов свободно-радикального окисления у всего контингента обследованных детей с БЛП на фоне ДЭЗ по показателям нарушенного метаболизма – МДА и ДК, выявил статистически достоверное увеличение продуктов перекисного окисления липидов. У детей с РБ на фоне ДЭЗ отмечалось достоверное повышение МДА $5,8 \pm 0,2$ нмоль/мл, $P < 0,001$ и ДК $2,9 \pm 0,2$ нмоль/мл, $P < 0,001$ относительно контрольного значения и по сравнению с показателями детей без ДЭЗ (МДА $3,6 \pm 0,4$ нмоль/мл, $P < 0,01$ и ДК $1,6 \pm 0,1$ нмоль/мл, $P < 0,01$). Следовательно, в обеих группах обследуемых детей имеет место заметное накопление в крови как конечных, так и промежуточных форм продуктов ПОЛ. В основной группе активность перекисных процессов по уровню малонового диальдегида была более выражена по сравнению с группой детей с БЛП, но без ДЭЗ.

У детей с ВП на фоне ДЭЗ определяется усиление интенсивности процессов ПОЛ, о чем свидетельствовало увеличение содержания в мембране лимфоцитов как начальных метаболитов ПОЛ – ДК до $3,2 \pm 0,3$ нмоль/мл относительно контрольного значения ($P < 0,001$) по сравнению с детьми без ДЭЗ было повышено в 1,7 раза ($1,9 \pm 0,2$ нмоль/мл $P < 0,01$), так и конечных метаболитов ПОЛ – МДА до $7,1 \pm 0,3$ нмоль/мл относительно контрольного значения ($P < 0,001$), по сравнению с детьми без ДЭЗ было повышено в 1,7 раза ($4,2 \pm 0,5$ нмоль/мл $P < 0,01$). Возрастание продуктов ПОЛ в мембране лимфоцитов у больных с БЛП на фоне ДЭЗ, свидетельствует об активации свободнорадикального окисления при данной патологии.

Показатели АОС у детей с РБ на фоне ДЭЗ характеризовались достоверным снижением СОД $1,3 \pm 0,1$ ЕД/мг белка и каталазы $6,2 \pm 1,0$ мкмоль/мг белка, по сравнению с показателями практически здоровых детей ($2,4 \pm 0,09$ ЕД/мг белка и $11,5 \pm 0,8$ ЕД/мг белка соответственно $P < 0,001$), по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,4 раза ($1,8 \pm 0,1$ ЕД мг белка, $P < 0,01$ и $8,9 \pm 0,9$ мкмоль/мг белка, $P < 0,01$).

У детей с ВП на фоне ДЭЗ отмечалось достоверное снижение СОД $1,0 \pm 0,2$ ЕД/мг белка и каталазы $5,1 \pm 1,0$ мкмоль/мг белка, по сравнению с показателями практически здоровых детей ($2,4 \pm 0,09$ ЕД/мг белка и $11,5 \pm 0,8$ ЕД/мг белка соответственно $P < 0,001$),

по сравнению с детьми без ДЭЗ было снижено в 1,7 раза ($1,7 \pm 0,08$ ЕД мг белка, $P < 0,01$ и $8,4 \pm 0,9$ мкмоль/мг белка, $P < 0,05$). Следовательно, у детей с РБ и ВП затяжного течения, протекающих на фоне ДЭЗ наблюдается более высокое содержание продуктов липопероксидации и угнетение АОС, что свидетельствует об усилении «окислительного стресса».

Выводы. Таким образом, мы подтвердили высокую значимость функционального состояния щитовидной железы в развитии детей с бронхолегочной патологией, определив при этом направленность биохимических изменений. Диагностировать и начинать лечить затяжного течения внебольничной пневмонии в сочетании с диффузным эутиреоидным зобом необходимо вовремя, в детском и юношеском возрасте, когда еще нет грубых изменений в щитовидной железе.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.

Мухаммадиев Э.Р., Жазимов Ф.С.

Самаркандский Государственный медицинский университет. г. Самарканд.

Актуальность. Дисплазия тазобедренных суставов у детей является объектом пристального изучения специалистов как в нашей стране, так и за рубежом. Однако лечение врожденного вывиха бедра, являющегося наиболее тяжелой формой дисплазии тазобедренных суставов у детей, несмотря на значительные успехи современной медицины, в настоящее время продолжает оставаться одной из актуальных проблем ортопедии детского возраста. В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10, 1995), выделяют три основных варианта дисплазии тазобедренного сустава: врожденная дисплазия вертлужной впадины, врожденный подвывих бедра и врожденный вывих бедра. В иностранной литературе используется термин *development al dysplasia of the hip* («развивающаяся дисплазия тазобедренного сустава»), показывающий, что диспластическая децентрация, подвывих и вывих бедра являются не отдельными нозологическими единицами, а звеньями одной цепи патологических отклонений в развитии диспластического тазобедренного сустава при отсутствии адекватного лечения. Врожденный вывих бедра — это одно из наиболее тяжелых ортопедических заболеваний у детей. При врожденном вывихе бедра происходит нарушение развития тазобедренного сустава, основным компонентом которого является неправильная пространственная ориентация головки и шейки бедренной кости относительно вертлужной впадины, приводящее к нарушению опорной функции конечности.

Актуальность ранней диагностики и лечения врожденного вывиха бедра обусловлена высокой частотой этой патологии, сложностью своевременного выявления, а также большей эффективностью лечения, начатого в первые дни и недели жизни ребенка, когда еще отсутствуют вторичные изменения элементов тазобедренного сустава. Трудность диагностики патологии тазобедренного сустава у новорожденных обусловлена бедной клинической симптоматикой и особенностями анатомического строения сустава у детей раннего возраста. Задержка установления диагноза затрудняет лечение, удлиняет время выздоровления, а изменения в тазобедренном суставе приводят к необратимым процессам — отмечается тенденция к нарастанию артритов у детей раннего грудного возраста. В последние годы за счет внедрения новых неинвазивных методик закономерно расширяются диагностические возможности ранней диагностики патологии тазобедренных суставов. Однако ведущим методом диагностики дисплазии тазобедренного сустава в нашей стране продолжает оставаться рентгенологический, хотя он не позволяет полноценно оценить характер взаимоотношений анатомических образований, функционирующих в трехмерной

системе координат и имеющих сложную объемную конфигурацию. По своим возможностям он дает необходимую информацию об изменении костных структур. Однако в первые месяцы жизни невозможна оценка истинной формы, размеров и контуров вертлужной впадины, состояния проксимальной метафизарной ростковой зоны бедренной кости. Рентгенографию тазобедренных суставов рекомендуется использовать у детей старше 3 месяцев для контроля эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов различной степени тяжести параллельно с ультразвуковым методом диагностики.

При рентгенологической диагностике наиболее широко используются следующие показатели: высокий индекс вертлужной впадины, дефекты латерального края вертлужной впадины, боковое и/или проксимальное смещение головки бедренной кости и нарушение непрерывности арки Шентона. В соответствии с клинико-рентгенологической классификацией дисплазии тазобедренных суставов выделяются четыре типа патологии: первый тип, с преобладанием тазового компонента патологии, характеризуется диспластическими изменениями вертлужной впадины; второй тип, с преобладанием бедренного компонента патологии, предстает как избыточная антеторсия или вальгусная деформация шейки бедра; третий тип связан с наличием выраженных отклонений как со стороны вертлужной впадины, так и со стороны бедренного компонента сустава, часто каждый из компонентов тазобедренного сустава при данном типе дисплазии может отличаться крайней степенью недоразвития; четвертый тип характеризуется многоплоскостной деформацией бедра.

Ультразвуковое исследование является простым и экономически эффективным методом для скрининга детей до 6 месяцев. В настоящее время широко применяется метод ультразвуковой диагностики, разработанный австрийским ортопедом Р. Графом. Современная ультразвуковая диагностика в связи с неинвазивностью и доступностью, а также возможностью многократного повторения исследований является основным методом исследования тазобедренных суставов у детей. УЗИ может рассматриваться как скрининговый метод диагностики.

Таким образом анализ литературных данных показал, что, ранняя диагностика дисплазии тазобедренного сустава и раннее комплексное лечение позволит получить хорошие результаты в отдаленные сроки лечения.

ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИТЕЛ К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

*Мухитдинова К.О., Негматшаева Х.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Изучая возможные причины бесплодия неясного генеза активно обсуждается влияние иммунологических факторов, среди которых выделяют антитиреоидные антитела.

Целью данного исследования было проанализировать частоту встречаемости антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину у женщин с бесплодием неясного генеза.

Материал и методы. В работе были обследованы 35 женщин с бесплодием неясного генеза. Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) и тиреоглобулину (АТ-ТГ) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартных тест-систем фирмы ХЕМА (Россия).

Результаты и обсуждение: Значение ТТГ у обследованных нами пациенток варьировало от 0,5 до 3,7 МЕ/мл, составило в среднем $1,64 \pm 0,9$ МЕ/мл и не превышало нормативных показателей. Таким образом, результаты оценки тиреоидного

статуса указали на сохранение функции щитовидной железы у всех пациенток изучаемой группы.

Обращали особое внимание на высокие титры АТ-ТГ и АТ-ТПО. Средний уровень АТ-ТГ находился в пределах $125,7 \pm 309,3$ МЕ/мл и колебался от 12,6 МЕ/мл до 1000 МЕ/мл, а уровень АТ-ТПО составил $107,7 \pm 157,2$ МЕ/мл и варьировал от 8,2 МЕ/мл до 542 МЕ/мл. Повышенный уровень АТ-антител выявлен у 19 (47,5%) из 40 женщин. Носительство АТ-ТПО имели 30% пациенток, АТ-ТГ - 17,5%. УЗИ щитовидной железы было произведено 19 пациенткам с повышенным уровнем АТ-антител. При этом нормальную эхографическую характеристику щитовидной железы имели 11 (57,9%) женщин. УЗ признаки аутоиммунного тиреоидита в виде снижения эхогенности ткани, диффузной неоднородности структуры щитовидной железы были выявлены у 8 женщин (42,1%). Объем щитовидной железы у всех 19 пациенток составил в среднем $8,3 \pm 1,1$ см³ и не превышал нормативных значений.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у женщин с бесплодием обследованных нами отмечена высокая распространенность антитиреоидных антител, которые являясь маркерами дефекта иммунной системы, могут служить важным прогностическим признаком.

Вывод. У женщин с бесплодием неясного генеза целесообразно исследовать антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, с целью выявления дополнительных причин бесплодия, а также для проведения адекватного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

*Мухтаров Ж.М. Юлдашев В.Б. Кулдашев К.А. Мамаджанов У.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Переломы костей голени составляют 15%-20% от всех переломов костей скелета. У большинства больных переломы получены в результате прямой травмы. Переломы костей голени являются одним из частых повреждений у детей, частота которых по данным литератур составляет от 6% до 21%, а среди переломов длинных трубчатых костей варьируются от 38% до 55%.

Положительный исход лечения переломов костей голени у детей во многом зависит от выбора лечебной тактики. Раннее хирургическое лечение позволяет раньше активизировать больного, что способствует профилактике осложнений в течение периода лечения. Вместе с тем, необоснованное применение травматичных способов остеосинтеза, причиняя дополнительную травму может привести к нежелательному результату, усугубив состояние больного. В Андижанский филиал РНЦЭМП в отделение детской нейро-травматологии в 2021 году, в первом полу года обратились 40-больных с переломами костей голени, в возрасте от-2-до 18 лет. При поступлении учитывали механизм травмы, обращали внимание на деформацию, припухлость в области перелома, локальную болезненную точку, ограничение движений в голени, характер повреждения при рентгенологическом исследовании.

Хирургическое лечение позволяет раньше активизировать больного, вместе с тем, необоснованное применение травматичных способов остеосинтеза, причиняя дополнительную травму, приводит к нежелательному результату, усугубляя состояние ребёнка.

Цель исследования: Определить хирургическую тактику при переломах костей голени у детей.

Материал и методы: Ретроспективному анализу подвергнуты 40-детей с переломами костей голени, в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на лечении в отделении детской нейротравматологии Андижанского филиале РНЦЭМП.

По механизму травмы превалировало прямое воздействие травматического агента в результате 1)-автоаварии 8-больных-20%. 2)- падения 8-больных 20%. 3)-спортивная травма 7-больных 18%. 4)Бытовая травма 10 больных 25%. 5)Сочетанная травма 7-больных 18%.

По классификации переломов:

Закрытый переломы обеих костей голени -40.

А) Закрытый перелом костей голени-22 больных-55%.

Б) Открытый перелом костей голени-6 больных -15%.

В) Шинированные переломы костей голени -8 больных -20%.

Г) Перелом костей голени без смещением-4 больных 10%.

Оперативные методы лечения применены у 14-больных 35%. Консервативные методы лечения применены у 26-больных 65%. Из консервативных методов лечения: а) Гипсовая повязка 22-больных 55%. Скелетное вытяжение у 4-больных 10%.

У 14 больных закрытыми переломами со смещением костных отломков не подающиеся репозиции или со вторичным смещением применялся закрытый малоинвазивный метод лечение под ЭОПом закрытый остеосинтез спицами Киршнера или Илизарова.

В остром периоде при оказании помощи пострадавших с переломами костей нижних конечностей следует соблюдать основной принцип: чем тяжелее травма, тем проще и атравматичнее должно быть лечение. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным способам репозиции и фиксации костных отломков.

Вывод: Устойчивость к травме у детей зависит от надкостницы, которая у детей относительно толще и богата сосудами. По нашим наблюдениям, основным методом лечение переломов костей голени у детей является консервативный метод лечения.

**БОЛАЛАРДА УТКИР БЎГИМ ИЧКИ ВА БЎГИМ ТАШКИ СИНИШЛАРИНИ
ДАВОЛАШНИНГ ХОЗИРГИ ЗАМОН ТАМОЙИЛЛАРИ**

*Мухтаров Ж.М., Юлдашев.В.Б., Кулдашев К.А., Исмоилов О.О.
РШТЁИМ Андижон филиали*

Болаларда бўгим ички синикларида узун найсимон суяклар усувчи кисмларини ҳам шикастланиши узига хос ахамият касб этади. Мазкур маколада РШТЁИМАФ болалар нейротравматология бўлимида даволанган 56- нафар беморларда ўтказилган клиник текширув ва даволаш натижалари тахлил килинган. Ушбу беморларнинг 37-таси узун найсимон суякларнинг ўсувчи кисмидан синиб силжиши кузатилган.

Болаларда бўгим ички синишларида узун найсимон суяклар ўсувчи кисмларининг эпифизар сохалар бузилиши кўринишидаги шикастланиши бир неча авторлар маълумотларига кўра болалар оёқларидаги шикастланишларнинг 12 % - 20% ини ташкил қилади. Шунга карамасдан адабиётларда ушбу шикастланишларнинг даволаш натижалари тўғрисида маълумотлар берилса ҳам, бир қатор тушунмовчилик ва тортишувлар бўлиб турибди. Чет эл давлатлар авторлари кўп ҳолларда оператив даво усулларини маъқуллашса, бизнинг авторларимиз консерватив даволаш усулларини маъқуллашмоқда. Бўгим ички синишларида узун найсимон суяклар ўсувчи кисмларидаги шикастланишлар ўхшаш бўлган ҳолларда ҳам натижалар бир хил бўлишлиги илмий изланишлар ўз жавобини топгани йўқ. Баъзи шикастланган сегментлар кейинчалик ўсишдан ортда қолса, айрим ҳолларда акси бўлиб ўсиш тезлашган ҳалатлари кузатилган.

Тахлил қилиш учун 2021 йил РШТЁИМАФ болалар нейротравматология бўлимида уч ой ичида 44 беморда узун найсимон суякларининг ўсувчи кисмидан синиб силжиган (Остеоэпифизеозис и эпифизеозис).

Энг кўп шикастланишлар ташки дўнглари саниши 10 беморларда, елка суягини ички дунглигини сииши 14 та беморда, билак суякларини дистал кисмини 10 беморда, билак суягини проксимал кисмини саниши 10 та беморда кузатилган. 24 нафар бемор жарохат олгандан кейин 3 соатгача бўлган вақтда шифохонага ёткизилган. 14 та беморлар бир суткадан кейин, 6 нафар бемор эса 3 суткадан кейин мурожаат килган. Беморларнинг шифохонага мурожаат қилишлари сабаби асосан огриқ, шиш, деформация кузатилган ҳамда шикастланган бўгим сохасида харакат чекланиши кузатилган. Кўпинча елка суягини дистал ташки ва ички дўнгликларини синиб суяк парчалари айланиб қолиш ёки бугим ичкарига кириб қолиш холатлари кузатилмоқда.

Аниқланган 44 та беморлардан 4 та бемор ўз яшаш жойларида табиб давоси билан чекланиб қолган. 10 нафар беморлар туман шифохоналарининг умумий жаррохлик бўлимларида даволанган. Қолган беморларни 30 таси РШТЎИМАФ болалар нейротравматология бўлимида консерватив ва оператив йуллар билан даволанган. 14 та беморларни шикастланишни эрта даврида ёпик йул билан синик бўлакларни жойга келтирилган ва гипсли боғламлар қўйилган. Қолган беморларни очик усулда суяк парчалари жойга қўйилиб Киршнер ва Илизаров сиклари билан махкамланган ҳамда гипсли боғлам қўйилган. Қолган беморларни елка суякларини дунглааро синикларини ёпик усулда ЭОП назоратида миниинвазив йул билан спицалар билан остеосинтез килинмоқда. Хозирги кунда дунёдаги травматология бўлимларида елка суягини дунглар ора санишларини ЭОП назоратида ёпик усулди миниинвазив йуллар билан остеосинтези йулга қўйилган. Хозирда бизни РШТЎИМ Андижон филиалида болалар нейротравматология бўлимида ҳам 5-6 йилдан буён болалар елка суягини дунглари санишларини ЭОП назоратида Киршнер ва Илизаров сиклари билан ёпик усулда остеосинтези кенг куламда куланилмоқда. Бу утказилётган ташхислар жуда куп кулайликлар яратилмоқда, ҳамда беморлар учун ҳам энгилликлар яратилмоқда.

Бу шуни курсатадиги болалардаги елка суякларини дунглар аро санишини ёпик усулдаги ЭОП назоратидаги остеосинтези беморлар учун ҳам ва шифохона учун ҳам кулай томонлари жуда куп.

1-чидан беморлар шифохонада даволаниши 2-3 кунни ташкил килмоқда. Беморлар олдингига ухшаб шифохонада 10 -15 кунлаб ётиб даволанмайди.

2-чидан шифохонада беморлари ётиб даволаниш кунлари кискаради ва урин жойлари айланиши купрок ва тез булади.

Бу шуни курсатадики беморлар учун ва шифохонада ётиб даволаниш муддати кескин кискаради.

Хулоса: Беморларда елка суякларини дистал ва проксимал кисмлари дунглари синикларини суяк синикларини жойдан кочганларини ЭОП назорати лстида ёпик усулда Киршнер ва Илизаров сиклари билан остеосинтези яхши натижаларни курсатмоқда.

НЕДОСТАТОК ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Набиева М. У.

Студентка 2-курса стоматологического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд, Узбекистан.

Введение. Будучи медиками, мы знаем что человек- это живое существо , а каждый живой организм представляет собой сложноорганизованную структуру имеющий клеточное строение. Клетка- это структурно- функциональная единица живого организма, в совокупности представляющий собой ткань- систему клеток, которые имеют схожее строение и выполняющие одинаковые функции. Наш организм состоит из системы органов, такие как: кровеносная, сердечно-сосудистая,

дыхательная, пищеварительная, мочеполовая, нервная и другие более важные системы в которых происходят различные важные биохимические процессы. Значительное место в нашем организме имеет кровь- это жидкая соединительная ткань, в составе которого входят 55-60% жидкое содержимое-плазма, 40-45% взвешенные сухие вещества- форменные элементы крови.

Цель исследования. Выявление биохимических нарушений у детей приводящиеся к развитие анемии и её методы лечения.

Материалы и методы исследования. Во время медицинской практики на прием пришел ребёнок в возрасте от 2 до 3 лет. При объективном и субъективном осмотре этого ребёнка наблюдается вялость, сонливость, плаксивость и раздражительность, плохой сон и быстрая утомляемость — типичные признаки анемии у детей. Анемия или малокровие – это патологически гематологическая совокупность симптомов- синдром, который возникает вследствие снижение гемоглобина в крови (в данном случае норма должен составлять— 110–140 г/л), которое напрямую связано с нарушением функции эритроцитов, участвующие в процессе переноса кислорода и тем самым препятствующие возникновению гипоксии. Его родители отмечают, что при железодефицитной анемии ребёнок иногда пытается жевать известку, мел или землю. Он нередко жалуются на головную боль, головокружения, шум в ушах.

Результаты исследования. Железодефицитная анемия у больного сказывается и на работе пищеварительной системы. Нехватка железа может проявляться тошнотой и рвотой, диареей или запорами, снижением аппетита. Давление у него обычно пониженное, отмечается тахикардия и одышка, иногда ребенок падает в обморок. Он нередко жалуются на головную боль, головокружения, шум в ушах. Были проведены общий анализ крови и назначены препараты железа для парэнтерального введения. Наиболее эффективные это- Феррум Лек, Гематоген, Тотема, Мальтофер.

Выводы. Анемия возникает не только у детей, но и у взрослых поэтому важно правильно и сбалансировано питаться пищей богатой витаминами группы В и продуктами содержащие железо : мясо, бобовые, тыквенные семечки и яблоко. За сутки в организм человека должен поступать около 10-30 мг железа.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИНЫ

Наврүзова Ш.Б. Наврүзова Р.С.

ТашПМИ, кафедра «Акушерства и гинекологии, детской гинекологии»,

Актуальность: Распространение папилломавирусной инфекции (ПВИ) среди женщин Узбекистана, по данным Мирзаевой Н.Б. в общей популяции женщин г. Ташкента составила 76,0% случаев.

Цель работы: определить влияние ВПЧ на частоту, распространенность и структуру заболеваний шейки матки.

Материал и методы: женщины с ВПЧ были подразделены на группы в зависимости от типа ВПЧ: высокоонкогенные (16 и 18 тип), низкоонкогенные (6 и 11 тип), сочетанные типы (высокоонкогенные и низкоонкогенные), а также при наличии клинических признаков ПВИ без ДНК ВПЧ в слизистой шейки матки.

При рассмотрении распространенности ВПЧ в зависимости от типа онкогенности и возраста нами установлено, что среди женщин до 20 лет в 4,9% случаях встречалось инфицирование только низкоонкогенными типами ВПЧ, высокоонкогенные типы встречались только в сочетании с низкоонкогенными (7,8%), а в 5,3% случаях при наличии признаков инфицирования ПВИ ДНК ВПЧ не было выявлено (рис. 4). У каждой четвертой женщины в возрасте 21-25 лет одинаково часто встречаются как низко- так и высокоонкогенные типы ВПЧ, а также их сочетания (25,0, 24,1 и 25,0%), в

36,8% случаях установлено отсутствие ДНК при наличии клинических признаков ВПЧ. При рассмотрении группы женщин 26-30 лет обращает на себя внимание наибольшая частота носительства 16 и 18 типов ВПЧ (29,2%), при этом у каждой четвертой выявлены низкоонкогенные типы – 25,9%, а их сочетание – только у каждой пятой (17,9%). Кроме того, отсутствие ДНК ВПЧ выявлено в 15,8% случаях.

Среди женщин 31-35 лет у половины выявлены клинические признаки ВПЧ при отсутствии ДНК в цервикальной слизи (36,8%). Тем не менее, у каждой четвертой выявлены низкоонкогенные типы (24,1%), а у каждой пятой – высокоонкогенные (18,8%). При этом сочетание высоко- и низкоонкогенных типов выявлено у 15% женщин.

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют, что удельный вес женщины с ВПЧ имеет тенденцию с возрастом уменьшаться. Максимальный процент инфицированных ВПЧ женщин приходится на возраст 20-35 лет, что соответствует периоду максимальной сексуальной активности, и эти женщины представляют группу высокого риска на реализацию ПВИ.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОСТВАРИЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Насриддинова К.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хирургическое выключение функции яичников в репродуктивном возрасте у 60 - 80 % пациенток сопровождается развитием синдрома постовариоэктомии, представляющего собой комплекс нейровегетативных, психоэмоциональных, обменно-эндокринных нарушений, являющихся следствием острого дефицита половых стероидов.

Цель и задачи исследования: Изучить современные методы исследования при синдроме постовариоэктомии у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных задач мы обследовали 55 пациентов с диагнозом нарушения функции яичников в репродуктивном возрасте в Родильном комплексе №2 г.Андижан.

Результаты исследования: При обследовании применялись современные информативные методы исследования. Кроме общепринятых клинических методов исследования были использованы эндоскопические методы; ультразвуковое сканирование органов малого таза; бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого влагалища и цервикального канала; цитологическое исследование мазков с шейки матки; гистоморфологическое исследование операционного материала; метод прямой иммунофлюоресценции для выявления хламидийной, микоплазменной и уреоплазменной инфекции; кардиоинтервалография. иммуноферментный анализ для определения уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, ультразвуковая доплерометрия.

Проведенный анализ клинических данных женщин сравнительной группы перенесших двустороннюю овариэктомию показал, что наибольшее число женщин (75%) находились в возрасте от 40 до 49 лет. Основную массу в обеих группах составляли работающие женщины - 53 % (рабочие - 40%, служащие - 43%). На момент обследования в браке состояло 69% женщин. У всех женщин был отягощенный соматический анамнез, на момент операции у каждой пациентки имелось одно или несколько экстрагенитальных заболеваний: гипертоническая болезнь (9 -12,9%), ишемическая болезнь сердца (2 - 2,8%), бронхиальная астма (2 -2,8%), хронический бронхит (4 - 5,7%), хронический гастрит (10 - 14,3%), хронический холецистит (9 -

12,9%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (4 - 5,7%), мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит (9 - 12,9%), сахарный диабет (2 - 2,8%), тиреоидный зоб (4 - 5,7%), вегетососудистая дистония (5 - 7,1%). Заболевания молочных желез (узловая и диффузная форма мастопатии) были диагностированы у 27 (38,6%) женщин. Среди перенесенных ранее гинекологических заболеваний преобладали заболевания шейки матки (46,7%) и воспалительные процессы гениталий (40%). Перенесенная ранее абдоминальная гинекологическая операция была в анамнезе у 10,8 % больных.

Выводы: После удаления яичников у женщин репродуктивного возраста развивается синдром постовариоэктомии, который клинически проявляется вегетососудистыми, аффективными и личностными, обменно-эндокринными нарушениями, обусловленными дефицитом половых гормонов, у некоторых женщин психоэмоциональные расстройства могут преобладать в клинической картине и определять тяжесть состояния пациенток.

Все клинические проявления синдрома постовариоэктомии резко снижают качество жизни женщины и представляют опасность в плане развития новых соматических заболеваний или обострения уже имеющихся.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ

Насриддинова К.П.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Одним из перспективных направлений, посвященных профилактике и лечению женщин, перенесших овариоэктомию, является разработка метода оценки качества жизни женщин после овариоэктомии. Качество жизни - это интегральная характеристика физического, эмоционального, психологического и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

Цель и задачи исследования: Изучение качества жизни женщин после овариоэктомии.

Состояние здоровья женщин репродуктивного периода - один из главных показателей социально-экономического развития общества.

После односторонней овариоэктомии развивается комплекс патологических симптомов, сходный с таковым при полной кастрации. Возникает тенденция к нарушениям гормонального баланса, что, в совокупности с другими клиническими проявлениями, свидетельствует о неблагоприятном влиянии на здоровье удаления одного яичника в репродуктивном периоде и обуславливает необходимость тщательного послеоперационного наблюдения и реабилитации таких больных.

Материалы и методы исследования: Работа выполнена в Андижанском государственном медицинском институте на кафедре акушерства и гинекологии №2 и Андижанском филиале РНЦЭМП.

Результаты и обсуждение: Анализ протоколов оперативных вмешательств, произведенных в гинекологических стационарах г. Андижана в период с 2019 по 2021гг. показал, что в 37,72% случаев в ходе операций были затронуты придатки матки. Изолированные операции на яичниках составили 54,03% из них: тотальные - 5,51%, субтотальные с резекцией другого яичника - 15,27%, субтотальные - 38,01%, двухсторонние резекции яичников - 15,45%, односторонние резекции яичников - 25,76% .

Анализ показаний для оперативных вмешательств на придатках матки показывает, что в раннем и среднем репродуктивном возрасте ведущим показанием являются опухоли яичников (74,89%).

Выводы:

1. Изменения качества жизни женщин после овариоэктомии проявляются: снижением физической активности, ростом сексуальных дисфункций, угнетением психического состояния, конфликтной направленностью социального функционирования, ослаблением ролевых функций и субъективным ухудшением общего здоровья и качества жизни.
2. Гормональная терапия у пациентов с СПОЭ улучшает качество жизни женщин, изменяет характер течения синдрома: после субтотальной овариоэктомии уменьшает патологическую симптоматику, после тотальной овариоэктомии смягчает тяжесть течения синдрома.

ВЛИЯНИЕ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ПРИНЦИПЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Насритдинова .Д.Р, Ахмедова.Н.М
Андижанский государственный медицинский институт.
Андижан, Узбекистан

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) по-прежнему является актуальной проблемой современного акушерства и занимает ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. многих исследований, у преобладающего числа беременных с преэклампсией имеет место выраженная гиперкоагуляция с развитием ДВС-синдрома. Изучение функциональных свойств тромбоцитов беременных с ПЭ показало, что изменения адгезивно-агрегационных свойств кровяных пластинок предшествует вовлечению прокоагулянтного звена системы гемостаза в процесс развития синдрома. До настоящего времени в Республике не проводились комплексные исследования тромбоцитарного звена гемостаза и среднемолекулярных пептидов при такой тяжелой патологии как преэклампсия.

Цель исследование: Комплексное изучение тромбоцитарного звена системы гемостаза при преэклампсии.

Материалы и методы: Исследовали тромбоцитарное, прокоагулянтное звено ингибиторов свертывания крови и фибринолитического звена системы гемостаза.

Результаты: Исследование тромбоцитарного звена системы гемостаза проводилось у 33 беременных в III триместре беременности, 25 рожениц и родильниц с преэклампсией. При анализе агрегации тромбоцитов у пациенток с преэклампсией общая оценка агрегации позволила установить наличие гиперфункции тромбоцитов. При оценке общей агрегационной активности тромбоцитов по типам кривых агрегатограммы было выявлено незначительное уменьшение частоты двухфазных кривых агрегации тромбоцитов за счет увеличения необратимой агрегации при стимуляции АДФ $1 \cdot 10^{-5}$ м, и адреналином.

Вывод: Таким образом, у беременных, рожениц и родильниц с преэклампсией имеются признаки подострой формы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и признаки развития тромбоцитопатии и коагулопатии потребления в сочетании со снижением антикоагулянтного и фибринолитического потенциала крови.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нуриддинов.Ж.Ж.

Московский государственный университет Синергия

Цель исследования : Улучшение исходов беременности при сахарном диабете у матери путем оптимизации подходов к профилактике и лечению гипертензивных осложнений беременности у этих женщин.

Методология и методы исследования : Для реализации поставленной цели и задач ретроспективно обследованы 1124 беременные и 250 проспективно. В основу деления на группы проспективно обследованных пациенток был положен тип сахарного диабета. I группа – 147 пациенток с ГСД, II группа – 67 пациенток с СД 1 типа, III группа – 36 пациенток с СД 2 типа. Для исследования была сформирована контрольная группа, состоящая из 30 пациенток без экстрагенитальных заболеваний и физиологично протекающей 7 беременностью. Так же среди проспективно обследованных беременных были выделены 3 подгруппы в зависимости от типа гипертензивного осложнения: 1 подгруппа – 56 беременных с ХАГ, 2 подгруппа- 28 пациенток с ГАГ, 3 подгруппа- 26 пациенток с преэклампсией. Объем обследования включал стандартные клинические, лабораторные, ультразвуковые и морфологические методы исследования. Исследование показателей липидного обмена и системы комплемента было проведено у 73 пациенток из основной группы и у 30 пациенток контрольной группы.

Результаты исследования : Ретроспективный анализ течения беременности у 1124 беременных с различными формами нарушения углеводного обмена показал, что риск развития преэклампсии при ГСД – 4,3%, при 1 типе СД 10% и 12% при 2 типе СД. Хроническая артериальная гипертензия встречалась при ГСД у 13%, при СД 1 типа у 12% и у 36% при 2 типе СД. Это подтверждается и литературными данными, преэклампсии выявляется, по данным российских авторов в 2,9–3,7% беременностей с ГСД, по данным ГБУЗ МО МОНИИАГ, при СД 1 типа составляет от 18 до 24%, при СД 2 типа – от 16,9 до 34%. В нашем исследовании частота преэклампсии примерно одинакова при различных формах предгестационного диабета (10–13%) и существенно ниже при гестационном (4,3%). Это наблюдение свидетельствует о том, что в генезе преэклампсии имеет значение не столько наличие хронической АГ, сколько наличие диабета в периконцепционный период. Возможно, к развитию преэклампсии при диабете 1 и 2 типов приводит гипергликемия, имеющая место в ранние сроки гестации, и метаболические нарушения, в частности, липидного обмена, характерные для больных с диабетом.

ВЫВОДЫ

1. Частота развития преэклампсии при ГСД 4,3%, при СД 1 типа 10% и 12% при СД 2 типа. ГАГ развивается у 11% пациенток с ГСД, у 8% при СД 1 типа и у 9% женщин с СД 2 типа. ХАГ встречается при ГСД у 13%, при СД 1 типа у 12% и у 36% при 2 типе СД.
2. Факторами риска развития гипертензивных осложнений беременности у пациенток с СД являются: возраст старше 36 лет, наличие ХБП ($p < 0,05$).
3. Увеличение ТАГ в сыворотке более чем 1,6 ммоль/л во время беременности является фактором риска развития гипертензивных осложнений беременности при всех типах СД ($p = 0,01$).
4. Среди всех гипертензивных осложнений беременности наиболее неблагоприятный с перинатальных позиций является преэклампсия, при которой преобладает досрочное родоразрешение (19,2%), ЗВУР и/или гипотрофия (19,2%) и диабетическая фетопатия (19%) ($p < 0,05$).

5. У пациенток с СД во время беременности отмечается повышенная активность системы комплемента по сравнению с беременными без СД и без гипертензивных осложнений. Присоединение преэклампсии и ГАГ сопровождается еще большим увеличением активности комплемента (в 1,5–2 раза).

6. Применение гепарина у пациенток с СД достоверно снижает риск развития гипертензивных осложнений беременности при назначении его в I триместре ($p < 0,05$).

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Нуриддинова Г.Т., Инакова Б.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Одной из актуальных задач перинатологии является раннее выявление женщин фертильного возраста с высоким риском по развитию преэклампсии, проведение профилактических и лечебных мер по предупреждению преэклампсии

Цель исследования. Изучение акушерского анамнеза рожениц с преэклампсиями.

Материал и методы исследования. Анализированы факторы риска гестоза у 118 рожениц (основная группа), в сравнительном аспекте с 112 роженицами контрольной группы. Гестоз диагностирован по шкале Gooke в модификации Г.М.Савельевой и соавт. (1989). План обследования состоял из экспертной оценки перинатальных факторов риска, тяжести преэклампсии и экстрагенитальных заболеваний. Материал обработан непараметрическим способом – точный метод Фишера (ТМФ) с угловым преобразованием (ϕ) для относительных величин на программе MS – Excel (2007).

Результаты исследования. Преэклампсия установлена у 33,9% рожениц из числа обследованных (348 женщин). Нами моносимптомный гестоз обнаружен у 34 рожениц (118,5%), сочетание двух из трех – в 39 (33,1%), полный набор триада Цангемейстра (отеки, гипертензия, протеинурия) – в 45 (38,1%) случаях. По степени тяжести преэклампсии соответственно I, II и III с суммарными баллами гестоза ≤ 7 , 8-11, и ≥ 12 установлено в 66,1%, 27,1% и 6,78% случаях ($P < 0,001$).

Результаты исследования показали, что роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели частые указания в анамнезе на ранние (9,5%, против 8,0% контрольной группы, $P < 0,005$) и поздние токсикозы (49,2% и 23,2%, $P < 0,001$), выкидыши перед первыми (11,9% и 4,96%, $P < 0,018$) и повторными родами (13,6% и 3,6%, $P < 0,002$), искусственные аборт (22,9% и 14,3%, $P < 0,046$), преждевременные роды (26,3% и 15,2%, $P < 0,001$) и врожденные пороки развития (8,47% и 2,68%, $P < 0,025$).

Роженицы основной группы имели высокую частоту хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей (17,8% и 7,14%, $P < 0,006$), артериальную гипер – (18,6% и 8,92%, $P < 0,001$) и гипотензию (15,5% и 4,46%, $P < 0,002$) до беременности, заболевания мочевыводящих путей (22,9% и 10,7%, $P < 0,006$), гинекологические заболевания (20,3% и 8,04%, $P < 0,002$), анемии до (33,1% и 23,2%, $P < 0,046$) и во время беременности (43,2% и 27,7%, $P < 0,007$), эндокринопатии (23,7% и 14,3%, $P < 0,04$) в виде ожирения, гипер- и гипотиреоза.

Таким образом, роженицы основной группы существенно отличались от данных контрольной группы по анамнестическим данным и концентрации хронических экстрагенитальных заболеваний. Больные женщины с указанными факторами риска преэклампсии должны быть подвергнуты профилактическим и терапевтическим воздействиям в последующие беременности.

ИЗУЧЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ДЕТЕЙ С ПОНИЖЕННЫМИ БЕЗУСЛОВНЫМИ
РЕФЛЕКСАМИ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Нуритдинова Г.Т., Инакова З.Т.

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 детей необходимо провести тщательное клинико - 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 клинико-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 сохранность этих рефлексов у обследуемых детей в динамике.

Результаты исследования. Нами выявлено то, что неврологическая очаговая симптоматика чаще встречается 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 сохранялись 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 шейного отдела спинного мозга являлись верхние вялые парализы или монопарез, в сочетании с пирамидальными нарушениями в ногах. Так, поисковый, хоботковый и сосательный 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, 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, по сравнению с доношенными, в раннем неонатальном периоде часто отмечается слабая 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.

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МОДЕЛИ СТЕЛКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Пансатова Н.У., Джураев А.М., Зуфаров Г.Р., Исматуллаева М.Н.
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии, Узбекистан*

Актуальность проблемы: Здоровая стопа необходима для хорошей осанки и ходьбы. Плоскостопие или плоскоподурие — это заболевание, определяемое отсутствием или снижением медиального продольного свода стопы с костно-связочным смещением (Evans AM., 2021). Из-за подошвенной жировой ткани стопы младенцев кажутся плоскими; эта жировая прослойка исчезает в возрасте от 2 до 10 лет после изменений в развитии медиальной дуги (Uden H et al., 2017). Плоскостопие является частой причиной обращения родителей за помощью к специалистам в области здравоохранения, и имеются ограниченные данные о влиянии стелек на детей дошкольного возраста. Это исследование основано на

Цель исследования. Изучение влияния усовершенствованной модели стельки на симптоматическое плоскоподурие у детей дошкольного возраста, и охватывает изменения в отпечатках стопы через 1,5 года с начала исследования.

Материал и методы исследования. Это проспективное обсервационное когортное исследование было проведено среди 95 детей от 3 до 7 лет, (сред. $4,7 \pm 1,22$) проживающих в городе Ташкенте. После информированного согласия пациента и одобрения родителей, проведены исследования: плантография, с одновременным оцениванием по шкале коморбидности Charlson, угла по Clarke’s, индекс Шиппо-Смирака (CSI), а также проведено общеклиническое рутинное обследование. Все пациенты были распределены на 2 группы, аналогичные по возрасту, полу и степени патологии: I-группа, основная – 45 (47,4%) детей, в лечение которых в комбинации с ЛФК была использована предложенная нами усовершенствованная модель ортопедической стельки; II-группа, контрольная – 50 (52,6%) детей, в лечение которых в комбинации с лечебной физкультурой (ЛФК), применена усовершенствованная модель стельки, содержащая многослойную основу с супинатором.

Результаты исследования. В ходе исследования, в качестве вмешательства использовалась модифицированная стелька для обуви, а CSI измеряли и отслеживали изменения следов через 1,5 года. CSI определяли, как отношение максимальной ширины среднего свода следа (B) к максимальной ширине плюсневой области переднего отдела стопы (A). Критериями определения признаков плоскоподурия у детей дошкольного возраста были $CSI > 62,70\%$ для плоскоподурия и $CSI \leq 62,70\%$ для нормальной стопы. В ходе исследования определено, что через 1,5 год среднее изменение CSI в группе со стельками было больше. В частности, CSI в группе со стелькой снизился на 9,6%, а в группе без стельки — на 6,1%, ($p < 0,001$). Также, отмечали, что изменения в CSI уменьшались с возрастом, с 8,3% у 3-летних детей до 4,7% у 7-летних детей, причем наибольшее изменение было у 3-летних детей ($r = 0,85$). Результаты показали, что после того, как дети носили стельки в течение 1,5 года, значения CSI уменьшились на 9,7%, а 34,1% отпечатков стопы, первоначально определенных как плоскоподурие, были определены как нормальные. Это исследование также продемонстрировало, что изменения значений CSI увеличивались с возрастом и что у 7-летних детей были самые большие изменения ($r = 1,25$). Результаты исследования показали, что проведение комплексного консервативного лечения с

применением рекомендуемого нами усовершенствованной модели стельки способствует снижению признаков плоскостопия у детей дошкольного возраста.

Выводы. Несмотря на то, что плоскостопие у детей дошкольного возраста может пройти спонтанно с возрастом, рекомендуемая нами методика комплексного лечения способствует снижению признаков плоскостопия у детей дошкольного возраста в среднем до 34%.

ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ БЕРЕМЕННЫХ.

Пулатова О.С. Юлдашева Д.С

Андижанский Государственный медицинский институт

Долзарблиги. Преэклампсии беременных продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной медицины. Они, осложняя исход беременности и родов, являются одной из причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Особенно тяжело протекает преэклампсия у беременных, постоянно проживающих в экологически неблагоприятных регионах. [1] По данным мировой статистики, ежегодно около полмиллиона женщин умирает от причин, связанных с беременностью и родами.

Мақсад. Изучение региональных особенностей распространенности преэклампсии беременных в разных регионах Узбекистана с использованием методики эпидемиологических исследований по международной программе ISAAC позволяет уточнить истинную заболеваемость населения

Материал ва услублар Под наблюдением находилось 168 лиц, в том числе, беременные с явной клиникой аллергии, неосложненной преэклампсией (30), беременные с легкой степенью преэклампсии, имеющие скрытую сенсibilизацию (30), беременные с преэклампсией в сочетании с явной клиникой аллергии (30), условно здоровые беременные (30) – контроль №1, практически здоровые небеременные женщины (23) – контроль № 2, практически здоровые мужчины (25) – контроль №3. Возраст беременных женщин находился в пределах от 17 до 39 лет. Возраст небеременных женщин и практически здоровых мужчин 20-35 лет. Нами исследовались беременные в сроке гестации от 19 недель до 40 недель беременности. Среди них первобеременные -42(35%); повторнобеременные 44(36,7%); многорожавшие 34(28,3%).

Использовали следующие стандартные неинфекционные региональные аллергены: пыльцевые (полынь, лебеда, чинар, кенаф, айлантус), бытовые (домашняя пыль), эпидермальные (шерсть кошек, собак, перо птиц). Тканевые аллергены (плацента, почки) приготовили общеизвестным способом. В своих исследованиях применили следующие методики: клиничко-аллергическое обследование больных, общие анализы крови, мочи, кала, тест непрямой дегрануляции тучных клеток, тест альтерации нейтрофилов.

Хулосалар. Проведенные исследования позволяют прийти к следующим обобщениям – преэклампсия часто возникает и развивается на фоне аллергически измененной реактивности организма. Можно предполагать, что тяжесть клинического течения преэклампсии и её осложнений зависят от наличия скрытой или явной аллергии. Сенсibilизация организма у беременных подтверждается положительной реакцией непрямой дегрануляции тучных клеток, что свидетельствует о наличии специфических аллергических антител (IgE) в сыворотке крови обследованных.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ
С ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ

Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Якубова О.Ш.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии МЗ РУз, Ташкент

Актуальность проблемы. Бронхиолит является одним из самых тяжелых обструктивных воспалительных заболеваний нижних дыхательных путей у детей раннего возраста. После перенесенного острого бронхиолита у детей на фоне последующих ОРВИ чаще развивается бронхообструктивный синдром и повышен риск бронхиальной астмы в дальнейшем. На данный момент важнейшей задачей детской пульмонологии является пристальное изучение широкого ряда патогенетических механизмов, посредством которых реализуются эффекты воспалительного процесса и определяются биохимические и иммунологические нарушения. Однако в доступной медицинской литературе не найдено научных работ, в которых приводилось бы комплексное определение клинико-биохимических и иммунологических исследований модифицирующих течение и прогноз заболевания, несмотря на высокую медико-социальную значимость данной патологии у детей.

Цель исследования. Изучить особенности клинико-биохимических аспектов острого бронхиолита у детей и выделить факторы вероятности их развития.

Материал и методы исследования. Проспективное исследование проводилось у 110 больных с острым бронхиолитом (ОБ) раннего возраста. В качестве контрольной группы 20 практически здоровых детей того же возраста. В процессе выполнения работы использованы общеклинические, биохимические методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. 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%. В момент госпитализации общее состояние больных было расценено как очень тяжелое у 4,4% детей, тяжелое у 71,1% и среднетяжелое у 24,4% детей.

Анализируя анамнез у обследованных детей, мы выделили 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. Обследованные дети в 48,9% случаях находились на искусственном вскармливании, на естественном - находились всего лишь 22,2%. 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.

Анализ клинических проявлений острого бронхиолита 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.

На рентгенограмме органов грудной клетки у больных детей с острым бронхиолитом часто была выявлена повышение воздушности легочных полей, перибронхиальная инфильтрация, ателектаз.

Результаты изучения показателей антиоксидантной системы в сыворотке крови больных с ОБ отмечается достоверное снижение уровня супероксиддисмутазы до $1,5 \pm 0,03$ усл.ед./мин·мг белка 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 ($p < 0,001$). Изменения в антиоксидантной системе предполагает возможное неблагоприятное течение заболевания, и использование данных параметров позволит своевременно вносить необходимую коррекцию в лечение данной группы больных.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что 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.

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ КОМПЛЕКСА ФЕТОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЛОДА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

Рабиев С. Н., Тухтасинов Б.В.

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сино.

Мониторинг развития плода стал обыденным делом в современной клинической практике. Оценка развития комплекса фетометрических параметров (размеров головки плода, окружности живота, длины бедренной кости) входят в протокол ведения беременных. Вместе с тем нам не встретились исследования, посвященные изучению особенностей изменения соматометрических показателей плода у беременных в зависимости от их роста и телосложения.

Цель исследования: явилось изучение динамики размерных соматометрических характеристик плодов, полученных на этапах скринингового ультразвукового сканирования у женщин различного телосложения и роста.

Материалы и методы: Было обследовано 149 первородящих женщин с нормально протекающей одноплодной беременностью и родами на базе «Бухарского областного перинатального центра». Помимо общеклинических методов обследования у каждой женщины при поступлении определяли следующие соматометрические показатели: рост, вес (исходный, до наступления беременности), *distantia spinarum*, *distantia cristarum*, *distantia trochanterica*, наружный прямой размер таза, рассчитывали индексы ширины таза и весоростовой индекс Ярхо - Каупе по общепринятым методикам. На основании полученных данных были выделены группы женщин брахи-, долихо- и мезоморфными формами телосложения. Поскольку индексы не учитывают величину длины тела обследуемых, и для лиц различного роста значения нормы этих индексов будут различны, все беременные были разделены на три группы - 151-160 см («низкорослые»), 161-170 см («среднерослые»), 171-180 см («высокорослые»). Ультразвуковые исследования выполнялись с использованием аппарата MINDRAY DC-60 Quik Guide и конвексного датчика C 2-61C/50/72. Размеры осуществлялись в срок 20-21 недели и 30-31 недели. Проводилось изучение таких соматометрических показателей, как бипариетальный размер, лобно-затылочный размер, окружность головки, окружность живота и длина бедренной кости. Размеры головы плода определялись при поперечном сканировании на уровне полости прозрачной перегородки, зрительных бугров и ножек мозга. Измерение бипариетальный размер осуществлялось от наружной до внутренней поверхности контура теменных костей перпендикулярно М-эхо. Лобно-затылочный размер определялся на том же срезе, что и бипариетальный, между серединами наружных контуров лобной и затылочной костей. Для нивелирования влияния на эти измерения формы головки плода определялось соотношение бипариетальный размер / лобно-затылочный размер. Окружность головки

измеряли на том же уровне, что и бипариетальный размер головки. Окружность головки измеряли либо методом компьютерной планиметрии, либо по формуле: окружность головки = $3,14 \times (\text{бипариетальный размер} + \text{лобно-затылочный размер}) / 2$. За длину бедренной кости принимали максимальный продольный размер кальцифицированного диафиза данной кости. Окружность живота определяли в плоскости, перпендикулярной продольной оси туловища плода. Датчик располагали так, чтобы на экране был виден газовый пузырь желудка и средняя часть печеночной вены (не захватывая область, где печеночная вена впадает в пупочную). Длина окружности измерялась по длине наружного контура торса плода в зоне сечения. Черепной индекс рассчитывался как отношение ширины черепа к его длине, умноженное на 100.

Полученные результаты и их обсуждение. В данной статье приводятся сведения о стандартных фетометрических измерениях на этапах скринингового обследования беременных. В ранее проведенных исследованиях указывается, что имеются различия в значениях ряда физиологических констант у плодов беременных различного телосложения. Введение в изучаемые показатели ростовых различий беременных позволило уловить и соматометрические особенности их плодов. Особенно заметными эти различия становились на этапе третьего скринингового обследования (30-31 недели). Так, если размеры головки плода (а головной мозг является одной из наиболее зрелых систем при рождении) в срок 20-21 недели достоверно ($p < 0,05$) различался бипариетальный размер у «низко» и «высокорослых» беременных внутри группы беременных долихо и мезоморфного типов телосложения, то в срок 30-31 недели это наблюдалось внутри всех конституциональных групп. При этом отмечено, что в 20-21 недели имеются достоверные ($p < 0,05$) различия бипариетальных размеров плодов у «низкорослых» долихоморфных ($51,3 \pm 0,4$ мм) и «высокорослых» мезоморфных ($53,4 \pm 0,9$ мм) и «среднерослых» брахиморфных ($53,1 \pm 0,6$ мм) беременных; лобно-затылочный размер был наименьшим у плодов «низкорослых» брахиморфных ($66,9 \pm 0,3$ мм) и большим у плодов «высокорослых» долихо ($67,5 \pm 0,5$ мм) и мезоморфных ($70,3 \pm 1,2$ мм) беременных. Окружность головки была достоверно меньше ($p < 0,001$) у плодов «низкорослых» долихоморфных беременных ($187 \pm 0,5$ мм), чем у плодов «высокорослых» брахи- ($192,1 \pm 0,9$ мм) и мезоморфных ($192,5 \pm 0,5$ мм) беременных.

Что касается значений черепного индекса, нам не удалось установить каких-либо закономерностей на данном отрезке онтогенеза. Изучение данных размеров головки плода в 30-31 недели показало, что интенсивность роста всех показателей во всех группах статистически не различалась, то есть рост головки у плодов был равномерным во всех группах. Вместе с тем выявлено, что в 30-31 неделю плоды высокорослых женщин являются брахицефалами, а у низкорослых - мезоцефалами. Размерные характеристики головок плодов были большими у высокорослых женщин. Бипариетальный размер, окружность головки был достоверно больше ($p < 0,05$) у плодов высокорослых брахиморфных беременных по сравнению с низкорослыми долихоморфными, а лобно-затылочный размер в данной группе достоверно не различался.

Бипариетальный размер был наименьшим у плодов долихоморфных беременных (во всех ростовых группах), лобно-затылочный размер головки плода был наибольшим у низкорослых долихоморфных матерей. Максимальная окружность головки отмечена у плодов высокорослых брахиморфных беременных, наименьшая - у плодов низкорослых брахи- и долихоморфных матерей.

При анализе размерных соматометрических характеристик установлено, что в срок 20-21 неделю все показатели во всех группах статистически не различались.

Существенно изменилась картина у плодов в возрасте 31-32 недели. Установлено, что интенсивность роста окружность живота была максимальной у

плодов от брахиморфных матерей, а интенсивность роста длина бедренной кости у долихоморфных матерей, хотя разница значений составляла не более 5 %. И окружность живота и длина бедренной кости достоверно были больше высокорослых беременных всех типов телосложения. Окружность живота плодов была минимальной у долихоморфных беременных и максимальной у брахиморфных, причем во всех ростовых группах. Длина бедренной кости была больше у плодов долихоморфных матерей во всех ростовых группах.

Таким образом, подводя итоги выявленным изменениям, можно отметить, что различия в размерах головы плодов проявляются в более ранние сроки, что можно объяснить развитием плода по кранио-каудальному градиенту. Окружность живота и длина бедренной кости начинают четко характеризовать соматотипические различия плодов на поздних сроках беременности, ближе к её окончанию. Деление беременных по ростовым группам позволяют уловить фетометрические различия и у их плодов. Ряд признаков индивидуальной анатомической изменчивости начинает проявляться уже на этапе пренатального онтогенеза.

КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАР ЁРИБ ЧИҚИШИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Раимжонов Р. Р.

Ризаев Ж. А.

1. Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш.

2. Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд ш.

Кириш. Кўкрак ёшидаги болаларда сут тишларини ёриб чиқиши муҳим физиологик жараёнлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бола туғилганида унинг оғиз бўшлиғида тишлар мавжуд бўлмайдди. Вақт ўтиб бола улғайиб борган сари унинг оғиз бўшлиғида тишлар ёриб чиқишни бошлайди. Демак, хулоса қилиш мумкинки, тишларнинг ўз вақтида, белгиланган тартиб асосида ва ўз жойидан ёриб чиқиши организмдаги ўсиш ва ривожланиш жараёнларини баҳолашда муҳим кўрсаткичлардан бири бўлиб ҳисобланади (Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н., 2017; Богданова Н.А., Зуева Т.Е., 2019; Галонский В.Г. ва бошқалар, 2012).

Тадқиқотнинг материали ва методологияси. Илмий тадқиқотнинг материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси тасарруфидаги оилавий поликлиникаларда рўйхатда турадиган кўкрак ёшидаги (туғилгандан 1 ёшгача) жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом бўлган 1 000 нафар ўғил ва қиз болалар олинди.

Илмий тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон шаҳри шароитида яшовчи кўкрак ёшидаги болаларнинг оғиз бўшлиғига оид клиник кўрсаткичлари ўрганилди.

Тадқиқот давомида Г.Г.Автандилов томонидан таклиф қилинган краниометрик усуллар (1990) ва вариацион-статистик усулдан (А.М. Мерков ва А.Е. Поляков, 1974) фойдаланилди.

Олинган натижалар. Барча гуруҳдаги болаларда сут тишларини ёриб чиқиш давридаги умумсоматик клиник симптомлар ўрганиб чиқилди. Бу симптомларга иштаҳанинг пасайиши, тана ҳароратининг ортиши, уйқунинг бузилиши, юқори қўзғалувчанлик, ич бузилиши, тумов, қайт қилиш, терига тошмалар тошиши кабилар қиради.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, табиий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 56,8%, тана ҳароратининг кўтарилиши 97,3%, уйқунинг бузилиши 29,7%, юқори қўзғалувчанлик 21,6%, ич бузилиши 81,1%, тумов 16,2%, қайт қилиш 5,4% ҳолатларда учрайди. Терига тошма тошиш ҳолатлари эса кузатилмайдди.

Сунъий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 75,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 87,5%, юқори қўзғалувчанлик

50,0%, ич бузилиши 75,0%, тумов 37,5%, қайт қилиш 25,0%, терига тошмаларни тошиш ҳолатлари 25,0% қисмида учрайди.

Тадқиқот натижаларига кўра аралаш озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 40,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 40,0%, юқори кўзгалувчанлик 40,0%, ич бузилиши 100% ҳолатларда учради. Тумов, қайт қилиш ва терига тошмаларни тошиш ҳолатлари кузатилмади.

Хулосалар. Сут тишларини ёриб чиқиш боланинг озикланиш турига боғлиқ. Бола сунъий усулда озикланадиган бўлса, болада тишлар ёриб чиқишининг кечикиши, гипоплазия ва тишлар ёриб чиқиш даври асоратлари кескин даражада кўпайиши кузатилади.

Сут тишлари ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига ўхшаш симптомлар кузатилиши мумкин. Сут тишларини ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига оид симптомларни ҳам кузатилиши дифференциал диагностикада аҳамиятга эга. Тишлар ёриб чиқиш давридаги хусусий клиник симптомларни махсус таснифини ратиш лозим.

Тадқиқот давомида ўтказилган клиник текширувларда олинган натижалар тиш-жағ тизими патологияларини эрта ташхислаш усулларини такомиллаштириш, шунингдек, ушбу патологияларни шаклланишини олдини олиш юзасидан аниқ тавсияларни ишлаб чиқишга асос бўлади.

РОЛЬ ТРОМБОЦИТОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Рахимова.З.И, Асранкулова.С.К

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность темы. В акушерской и гинекологической практике проблема кровотечений является актуальной в связи с тем, что до сегодняшнего дня не уточнен механизм развития массивных коагулопатических кровотечений при различных ЭГЗ и осложнениях беременности и родов. В генезе развития массивных кровотечений имеют место тромбопластические субстанции продуктов аутолиза, приводящие к коагулопатии потребления, активации фибринолиза, обуславливая срыв компенсаторных возможностей гемостаза.

Цель исследование: Выявить особенности изменения функциональной активности тромбоцитов при неразвивающейся беременности.

Материалы и методы: Все женщины с неразвивающейся беременностью подверглись комплексному обследованию: общий анализ крови, мочи, TORCH-инфекцию. Проведено бактериологическое исследование и анализ выделений из цервикального канала. Кроме того, изучались биохимические показатели в периферической крови: общий белок, мочеви́на, креатинин, сахар, билирубин, ферменты (АЛТ, АСТ).

Результаты: Нами проведены исследования состояния системы гемостаза у женщин с неразвивающейся беременностью. Особенно выраженные изменения обнаружены в тромбоцитарном звене, проявляющиеся в усилении интенсивности агрегации тромбоцитов, т.е. в падении их функциональной активности

Показатели тромбоцитарного звена системы гемостаза у беременных с НБ

Показатели	Здоровые беременные (n=20)	Беременные с НБ		
		Длительность пребывания мертвого плодного яйца в полости матки		
		1-2 нед (n=8)	3-4 нед (n=30)	5 и более нед (n=15)

1	2	3	4	5
Количество тромбоцитов тыс.	236,7±11,4	215,5±6,35	185,6±1,19*	172,5±11,1*
Агрегация тромбоцитов при стимуляции: АДФ $1 \cdot 10^{-3}$ T _{МА} (%)	62,0±2,8	59,7±4,5	72,7±2,2*	72,8±3,5*

Вывод: Таким образом, можно отметить, что у женщин с НБ наблюдается снижение количества циркулирующих в периферической крови тромбоцитов, зависящее от срока пребывания мертвого плодного яйца.

ФАКТОР РИСКА НЕФРОПАТИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Рахманова Л.К., Иллек Я.Ю., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.

Ташкентская медицинская академия, Кировский государственный медицинский университет, Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Известно, что нефропатии у детей при ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) характеризуются нарушением парциальных функций почек, прогрессированием и развитием амилоидоза и гибелью больного от хронической почечной недостаточности (ХПН).

Среди факторов, способствующих развитию нефропатии, важную роль играет наследственная предрасположенность больных к аутоиммунным патологиям, в том числе аутоиммунным диатезам (АИД), который приводит к формированию и развитию вторичного иммунодефицитного состояния, усугублению течение ЮИА а также различных сопутствующих патологий, в том числе COVID-19.

Цель исследования: изучить фактор риска нефропатии при ювенильном идиопатическом артрите у детей перенесших COVID-19

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 45 детей в возрасте от 3 до 12 лет, страдающих ЮИА на фоне АИД. Из них: 30-суставная форма ЮИА, 15-суставно-висцеральная форма ЮИА. Контрольную группу составили 25 практически здоровых детей того же возраста.

Клинический диагноз был поставлен по МКБ-10 на основании анамнеза, клинико-лабораторных методов исследований, диагностических критерий ЮИА, а также клинических маркеров АИД. Изучали клинико-лабораторные показатели в крови и мочи. Полученные данные обработаны по методу Стьюдента.

Полученные результаты и обсуждение. В результате исследований было выявлено, что возникновению заболевания у детей в 50,0% случаев предшествовали раннее перенесенные острые респираторные инфекции, 27,0% - обострение хронического очага инфекции (тонзиллит, отит, гайморит), 10,0% - травма нижних конечностей, 13,0% - переохлаждение организма. Из семейного и аллерго-иммунологического анамнеза: у 25,0% больных родители сами страдали суставной формой ревматоидного артрита, у 10,0% - острой ревматической лихорадкой, 4,5% - системной склеродермией, 2,5% - системная красная волчанка, 7,2% - бронхиальной астмой. При изучении истории развития ребенка (форма 112) оказалось, что у 58,0% больных были на диспансерном учете по поводу частых интеркуррентных болезней, такие как тонзиллит, бронхит, синусит, ОРВИ и др., из них 42,0% с аллергическим (аутоиммунным) диатезом.

По результатам исследования парциальных функций почек у больных было выявлено уменьшение суточного диуреза, относительной плотности мочи ($P < 0,001$), повышение суточной эритроцитурии и лейкоцитурии ($P < 0,001$). Отмечалось

статистически достоверно уменьшение клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина ($P < 0,01$). Кроме того, клинические проявления болезни (утренняя скованность, индекс Рича, оценка по шкале Ли) были более выраженными у детей суставно-висцеральной формой ЮИА на фоне АИД, также с отягощенным наследственным и аллерго-иммунологическим анамнезом.

Заключение. У детей формирование и развитие нефропатии при ЮИА на фоне АИД перенесших COVID-19, зависит от наследственной предрасположенности к аллергическим и аутоиммунным патологиям, в том числе АИД (42,0%). У таких больных нефропатии, как синдром после COVID-19, характеризуются более глубокими и выраженными иммунопатологическими сдвигами, которой требует адекватные методы терапии и динамическое иммунологическое наблюдение при ведении таких больных.

ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА КЛИНИК ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ.

Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.

Ташкент тиббиёт академияси, Андижон давлат тиббиёт институти.

Долзарблиги. Сийдик ажратув тизимининг инфекциян яллиғланиш касаллиги болалик давридаги энг кенг тарқалган патология бўлиб, тез-тез рецидивланиши ва нефросклероз ривожланиши муаммони долзарблигини кўрсатади.

Тадқиқотни мақсади — Андижон вилоят кўп тармоқли тиббий марказ нефрология бўлимида 2019-2021 йиллар давомида Фарғона водийсидаги ўткир пиелонефрит хасталиги билан даволанган 104 нафар болаларда статистик, клиник, эпидемиологик текширувлар ўтказилди.

Натижалар. Ўткир пиелонефритнинг энг кўп учраши мактабгача ёшда бўлиб, улардан қизлар кўпроқ қайд этилган. Касалланган болаларнинг 65% да анамнездан бу болаларнинг оналари хомиладорлик даврида пиелонефрит хасталиги билан оғриганлиги аниқланди. Касалланган қизлардан 9,5% вулвовагнит қайд этилди. Ушбу беморлардан 27% қабзият, 24% беморларда қовуқни нейроген дисфункцияси мавжудлиги аниқланди. Ўткир пиелонефрит билан хасталанган бемор болалардан 56,7% қоринда ёки бел соҳасида оғриқ кузатилган. Сийдикни микробиологик текширувларига кўра 73% Enterobacteriaceae, S. faecalis, S. aureus, Candidasp, 78% E. Coli аниқланди.

Хулоса. Болаларда ўткир пиелонефрит бошланиши кўпинча оғриқ синдроми ва сийдик тахлилидаги ўзгаришлар билан тарифланади. Фарғона водийсида ўткир пиелонефрит билан хасталанган болаларда пиелонефрит кўзгатувчиси биринчи ўринда E. coli, иккинчи ўринда S. Faecalis эканлиги аниқланди. Ўткир пиелонефрит билан оғриган болаларни аксариятини қизлар ташкил этганлиги ва уларда вулвовагнит бирга келганлиги аниқланди. Ушбу касаллик билан оғриган беморларни аксарияти қабзиятдан азият чекканлиги аниқланди.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев Х.Р., Джурсаев А.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии*

Болезнь Шпренгеля проявляется высоким расположением деформированной лопаточной кости, часто сочетается с недоразвитием ребер, шейного и грудного отделов позвоночника и ключицы. Асимметрия расположения правой и левой лопатки приводит к косметическим дефектам. Дети с болезнью Шпренгеля отстают в

физическом и психическом развитии от своих сверстников, чувствуют себя скованными из-за косметической неполноценности.

Актуальность проблемы обусловлена сложностью течения и лечения патологии. Сведения о возрастных показаниях для проведения хирургических вмешательств представлены противоречивыми мнениями (Д.Н.Скопиченко, 1999). В литературе недостаточно освещены методы оперативного лечения послеоперационного ведения больных, обеспечивающие предупреждение рецидива заболевания, восстановление функции мышц надплечья, туловища и верхней конечности.

Цель исследования – улучшение результатов лечения детей с болезнью Шпренгеля путем проведения рациональных методов операции.

Под нашим наблюдением находились 88 детей (от 2 до 16 лет) с врожденным высоким стоянием лопаточной кости, которые находились на лечении в отделении детской ортопедии РСНПМЦТО МЗ РУз за период с 2010 по 2021 годы. Оперативное лечение проведено у 88 ребенка 90 операций с применением метода Поздеева (у 40 детей, 42 операций), у 48 больных – 48 операций с применением разработанных методов реконструкции формы лопаточной кости. Среди наших больных преобладали дети до 10 летнего возраста.

Жалобы родителей при обращении были в основном на деформацию грудной клетки, шеи, позвоночника и спины, головы, ограничение движений в области плечевого сустава и верхней конечности. Иногда больные отмечали боли при движении в области плеча и онемение рук.

При осмотре у детей отмечали асимметрию плеча, шеи и мягких тканей в области плечевых суставов и плечевого пояса. Плечо и надплечье со стороны поражения приподняты, сглажены углы перехода с надплечья на шейную область

Высоту стояния лопаточной кости измеряли горизонтальной линией, проведенной по верхнему краю лопатки. Как видно из представленных данных, среди наших больных преобладали дети с высоким стоянием лопатки от 5 см и выше (в 63 случаях).

При движении в плечевом суставе, при отведении плеча лопатка недостаточно поворачивается вокруг оси и препятствует отведению плеча. Ротационные движения в плечевом суставе обычно сохранены и в единичных случаях (5) обнаружили ограничение наружной ротации конечности.

Ограничение отведения в плечевом суставе до 160 градусов наблюдали только при легких степенях патологии. Однако, легкая степень болезни Шпренгеля встречается редко и в наших наблюдениях составил всего 8 случаев (9,7%). У большинства детей наблюдали значительное ограничение отведения от 90 до 120 градусов – у 90,3%. Таким образом, при болезни Шпренгеля косметический дефект и деформации сопровождаются значительными функциональными расстройствами верхних конечностей. Затрудняется захват предметов, их поднятие, одевание, обслуживание себя.

Как показали наши наблюдения, изолированная деформация лопатки встречается редко. При болезни Шпренгеля с большой частотой наблюдаются сопутствующие врожденные аномалии и деформации опорно-двигательного аппарата. В частности, в 12,1% кривошея, в 67,0% сколиоз, в 69,5% гипоплазия и аплазия мышц плечевого пояса и паравертебральных мышц. В 11 случае у детей наблюдали сочетание высокого стояния лопатки с синдромом Поланда – врожденным отсутствием от 1 до нескольких ребер или синостоз ребер и шейных позвонков.

Наличие сопутствующих патологий существенно осложняет течение заболевания. Более выражены функциональные расстройства, в частности движения в плечевом суставе, в области плеча, шеи и головы, а также функции дыхания и кровообращения. Количество сопутствующих заболеваний увеличивается с возрастом ребенка. Это связано с тем, что по мере роста детей у больных развиваются вторичные

деформации, в частности сколиоз, кривошея и слабость мышц. Дети бывают ослабленными, наблюдается гипотрофия, анемия и гипермобильный синдром.

Показанием к хирургическому лечению являются все случаи болезни Шпренгеля при отсутствии видимого положительного эффекта от консервативного лечения у детей старше 3-х лет. Консервативное лечение можно проводить у детей до 3 лет и, в основном, оно служит подготовительным этапом перед основным хирургическим лечением.

1. Основными принципами оперативного лечения высокого стояния лопатки являлись:
2. Мобилизация лопатки, а именно ее медиального края, верхнемедиального и нижнего угла, передней поверхности лопатки;
3. Устранение патологической ротации лопатки;
4. Низведение лопатки до уровня здоровой;
5. Адаптация передней поверхности лопатки к грудной клетке.
6. Физиологическая фиксация лопатки осуществлялась подшиванием её нижнего угла в "кармане" между грудной клеткой и широчайшей мышцей спины.

Радикальные операции нами проведены у 40 детей с болезнью Шпренгеля по методике предложенной А.П.Поздеевым и А.А.Поздеевым (2012). Суть операций по методике Поздеева заключается в том, что после разреза кожи и подлежащих мягких тканей по верхнему и медиальному краю лопатки, рассекаются трапецевидная, ромбовидные мышцы, мышца поднимающая лопатку. Лопаточная кость мобилизуется, низводится до нормального уровня, и фиксируется подшиванием к широчайшей мышце спины.

Из всех обследованных 74 больных в отдаленном периоде после лечения нами в 75,7% случаях получены хорошие, в 21,6 % - удовлетворительные и в 2,7% - неудовлетворительные анатомо-косметические результаты лечения.

Таким образом, оперативное лечение врожденного высокого стояния лопатки является сложной задачей. После всесторонней оценки состояния больного следует составить план оперативного вмешательства. Полная мобилизация от окружающих тканей, тяжей и низведение лопатки до нормального уровня сопровождается значительной травматизацией тканей и требует тщательного послеоперационного ухода за больным ребенком. Систематическое послеоперационное восстановительное лечение с применением всего арсенала физиотерапии и ЛФК дает возможность восстановить функциональные возможности верхней конечности.

Оперативное лечение болезни Шпренгеля целесообразно проводить дифференцированно с учетом формы заболевания и патологических изменений в лопаточной кости. Обязательным условием является полная коррекция и адаптация к поверхности грудной клетки проксимального отдела и тела лопаточной кости.

ЗНАЧЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Рахмонова У. Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Внебольничная пневмония (ВП) представляет собой инфекцию паренхимы легкого, которая приобретает вне стационара и ежегодно регистрирует около 150 миллионов новых случаев среди детей в возрасте до 5 лет во всем мире.

Ежегодная глобальная заболеваемость составляет от 150 до 156 миллионов случаев, что составляет примерно 10-20 миллионов госпитализаций. Содержание глюкозы в крови у детей с тяжелой пневмонией до сих пор малоизученно, мы смогли найти не так много исследований на этой проблеме особенно факторы, играющие важную роль на этот исход в русскоязычных журналах. Это может повлиять на исход болезни посредством чего можно сокращать смертность детей с внебольничной пневмонией.

Целью настоящего исследования было определение значение уровня глюкозы в плазме крови, гипер- и гипогликемии, в частности, у детей младшего возраста (до 3-х лет) с внебольничной пневмонией (ВП), находящихся на лечении в условиях стационара, а также факторы, влияющие на уровень глюкозы у детей с пневмонией и на исход болезни.

Метод: Ретроспективное клиническое исследование. Глюкоза плазмы крови измерена у 60 детей до трех лет с внебольничной пневмонией на многопрофильной детской больнице Андижанской области (Узбекистан). Взаимосвязь между уровнем глюкозы в плазме и клинико-лабораторными характеристиками ВП изучено методом множественной линейной регрессии. Диагноз ВП был подтвержден рентгенологическим исследованием.

Результаты: Средний уровень глюкозы составил 5.22 ммоль/л, минимальный 2.0 и максимальный 13.0 ммоль/л соответственно. Госпитализировано 60 пациентов до трех лет с диагнозом внебольничная пневмония. Осложненная пневмония наблюдалась у 22 больных (36.7%). У 16 детей (26.7%) наблюдался гипергликемия (>6,1 ммоль/л); гипогликемия (<72 мг/дл, 4,0 ммоль/л) наблюдалась у 20 детей (33.3%), а остальных уровень глюкозы остался в норме (40%). Среднее стандартное отклонение для возраста пациентов составило 8-10 месяцев, дни госпитализации равнялся на 9.25 дней (минимум – 3, максимальный - 37). Среднее стандартное отклонение уровня глюкозы плазмы у пациентов с осложненной пневмонией составил 5.75 ммоль/л, у больных без осложнениями – 4.92 ммоль/л ($t = 0.879$, 95% CI = 0.435-0.373). У 26 детей госпитализация продолжался до 7 дней (43.3%) и средняя концентрация глюкозы составило 4.47 ммол/л. Остальных (56.7%) пациентов больничные дни продлился более 7 дней со средним концентрацией глюкозы 5.79 ммол/л (p value 0.098 CI = - 0.125 – 0.165)

Заключение: Внебольничная пневмония у детей младшего возраста не является значимым триггером изменения уровня глюкозы в крови. Течение болезни и степени анемии не были значимо связаны с изменением уровня глюкозы. А также содержание глюкозы не сильно повлияло на исход болезни. Исследования по этой теме должны быть подняты в более высокую степень с большинством групп больных в рандомизированных многоцентровых исследованиях.

РОЛЬ ВИТАМИНА Д В РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Рузметова С.У., Умарова С.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Ранний детский возраст характеризуется несовершенством многих иммунологических механизмов: значительно снижено образование интерферона в верхних дыхательных путях, уровень сывороточного иммуноглобулина А (к концу первого года жизни составляет 28% от уровня взрослых), а также секреторного иммуноглобулина А (максимальные значения определяются лишь к 10-11 годам), снижена также функциональная активность Т-системы иммунитета. Влияние факторов преморбидного фона на развитие БОС признается большинством исследователей. Это - перинатальная патология, отягощенный аллергологический

анамнез, гиперреактивность бронхов, рахит, дистрофии, гиперплазия тимуса, раннее искусственное вскармливание, перенесенное респираторное заболевание в возрасте 6-12 месяцев.

Цель исследования: Изучить особенности течения БОС на фоне рахита у детей в возрасте от 1 года до 3 лет.

Материалы и методы исследования: Нами были обследованы 40 детей с бронхообструктивным синдромом в возрасте от 1 года до 3 лет. У всех детей отмечался рахит разных степеней. Исследование проводилось на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП в детском отделении. Были проведены такие методы исследования как: анамнез, объективное обследование, определения Са в крови, рентгенография грудной клетки.

Результаты исследования: Витамин D - важнейший регулятор фосфорно-кальциевого метаболизма. Изучение уровня метаболитов витамина D (25(OH)D₃) в сыворотке крови группы больных с ООБ без признаков рахита выявило, что содержание витамина D было в пределах нормы (28,3 нг/мл) только у 17,5% пациентов, у остальных 7,5% детей регистрирована его недостаточность (29,3 нг/мл - 28,1 нг/мл).

В группе младенцев с острым обструктивным бронхитом на фоне рахита легкой степени (37,5%) содержание витамина D в сыворотке крови было недостаточным и отмечалось снижение его уровня ниже 30 нг/мл (25,5- 29,1 нг/мл).

Снижение содержания витамина D ниже 25 нмоль/л отмечалось у пациентов с ООБ на фоне рахита средней степени тяжести (37,5%) и был диагностирован гиповитаминоз D. Уровень VD в крови у них был 22,2-24,8 нг/мл.

Больных с ООБ на фоне тяжелой степени рахита в наших исследованиях было двое, но дефицит витамина D не зарегистрирован, что возможно связано с тем, что в нашем регионе преобладает количество солнечных дней.

У больных I контрольной группы, уровень кальция крови составил $2,3 \pm 1,1$ ммоль/л, фосфора – $1,68 \pm 0,3$ ммоль/л и щелочной фосфатазы – $489,5 \pm 85,4$ ЕД/л. О ключевой роли витамина D в поддержании кальциевого гомеостаза подтверждает то, что у больных II группы лабораторные показатели фосфорно-кальциевого обмена выражались в снижении уровня кальция до нижней границы нормы ($2,25 \pm 2,7$ ммоль/л), фосфора до $1,51 \pm 0,2$ ммоль/л и повышении щелочной фосфатазы до $734,4 \pm 175,3$ ЕД/л.

Среднее содержание кальция в плазме крови изменено в обеих группах, но гиповитаминоз D более выражен в группе на фоне рахита.

В результате употребления 500 МЕ/сут витамина D ни у одного из пациентов не было отмечено гиперкальциемии; уровень общего кальция в крови не превышали 2,4 ммоль/л. Согласно литературным данным ежедневное употребление витамина D детьми в общепринятых дозах, безопасно и приводит к нормализации содержания 25(OH)D в крови.

Установлены особенности метаболизма витамина D в зависимости от степени тяжести и активности рахитического процесса. Доказана достоверная прямая корреляционная связь ($r=0,9$, $p<0,001$) между печеночным [25(OH)B₃] метаболитом холекальциферола при рахите у детей, наиболее выраженная в период начальных проявлений заболевания. Вегетативные симптомы рахита сопровождалась незначительным снижением уровня 25(OH)B₃ у 86,3% младенцев.

Выводы: У детей при остром обструктивном бронхите на фоне рахита клиническими особенностями являются: одышка при незначительной физической нагрузке (66,3 %), влажный кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой (40,0%), выраженный цианоз (32,5%).

У детей с острым обструктивным бронхитом на фоне рахита отмечается гиповитаминоз D при легкой ($27,3 \pm 1,8$ нг/мл) и средней степени ($23,5 \pm 1,3$ нг/мл) тяжести. Дефицит витамина D не зарегистрирован, что возможно связано с тем, что в нашем регионе преобладает количество солнечных дней.

РАННИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Рухиддинова Н.И., Исламова З.К.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность темы. Шейка матки является своего рода барьером между биологически и функционально различающимися органами — влагалищем и телом матки. В шейке проходит разграничение многослойного плоского эпителия влагалища и циклического эпителия (эндометрия) полости матки. Именно в области этой границы и происходит патологическая трансформация эпителиальных клеток, способствующая развитию фоновых и предраковых состояний и последующему злокачественному росту.

Цель исследования: разработка диагностических критериев для своевременного выявления патологии шейки матки, усовершенствования скрининговых исследований и выработка алгоритма врачебных действий.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 450 женщин с различной патологией шейки матки, из которых 75 с патологией шейки матки ассоциированной с ВПЧ в возрасте от 30 до 55 лет, HSIL у 4 женщины, LSIL у 15, ASCUS у 7 женщин.

Результаты и обсуждение. Критерием включения в исследование послужили: 1) наличие у женщин ВПЧ 16 и 18 типов по результатам ПЦР – диагностики, наличие клинических и кольпоскопических признаков папилломавирусной инфекции шейки матки. Результаты исследования. 35 женщин предъявляли жалобы на бели, зуд наружных половых органов или во влагалище, у 45 женщин были контактные кровянистые выделения, 10 женщин никаких жалоб не предъявляли, но при гинекологическом осмотре выявлены остроконечные кондиломы в области вульвы (58,9%), на шейки матки (11,7%), а также сочетанные поражения (18,6%). При осмотре в зеркалах у 20 женщин выявлена эктопия шейки матки, у 6 визуальна шейка матки была без патологии. По данным расширенной кольпоскопии у женщин был выявлен хронический цервицит, который проявлялся признаками КСК: эктопией с незавершенной зоной трансформации в сочетании с белым эпителием (24,3%); пунктацией у 13,5% ; йод-негативными зонами- 67,6%, мозаикой- 10,8% ; белым эпителием – 18,9%; лейкоплакией шейки матки- 10,8%. У 16 (45,2%) женщин присутствовали признаки папилломавирусной инфекции шейки матки в виде эндофитных кондилом, которые представляли участки нежного белого эпителия, расположенные за пределами зоны трансформации и выявлялись с помощью пробы с 3% уксусной кислотой и пробы Шиллера. По результатам ПЦР ВПЧ был выявлен у (78,4%), Выявленные остроконечные кондиломы чаще всего ассоциировались с ВПЧ 6 или 11 типов, тогда как плоские кондиломы ассоциировались с ВПЧ 16 типа. При преинвазивном раке был выделен ВПЧ 16 типа, при дисплазии III степени выявлен ВПЧ 16 типа, а также ВПЧ 6, 11 и 18 типов.

Вывод. Таким образом, у женщин, инфицированных папилломавирусом наблюдается большой процент развития клинических форм заболевания. Женщинам в возрасте 30-55 лет в обязательном порядке следует проводить исследование с целью исключения ПВИ. План обследования должен включать ПЦР -диагностику ВПЧ. Проведение кольпоскопии и цитологического исследования обязательно во всех случаях наличия ПВИ.

ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВИТАМИНА Д.

Саидова Л. Б., Назарова А. Б.

Бухарский Государственный Медицинский институт Абу Али ибн Сины

Актуальность темы: Бесплодие - тяжёлая патология, отрицательно влияющая на многие факторы, среди которых разводы, стрессы, снижение производительности труда, которые приводят к значительным экономическим потерям, вызванные лечением бесплодных супружеских пар (Кулаков В.И., Леонов Б.В., 2018).

В условиях Средней Азии, где распространены многодетные семьи и это традиционно поощряется, бездетность считается большим несчастьем и зачастую приводит к распаду семьи. (Ихтиярова Г. А., Курбанова З.Ш., 2020).

Данные ВОЗ свидетельствуют, что в специализированных клиниках развитых стран 22% случаев бесплодия бывает «мужским», 32% - женским. В 21% нарушения бывают комбинированные, в 14% причины не установлены (Локшин В.Н., Джусубалиева Т.М., 2019). Василевская Л.Н. (2018) и Подзолкова Н.М. (2019) отмечают, что частота бесплодия колеблется в пределах 10-20%, причем в 50% случаев имеет место женское бесплодие, в 40% случаев - мужское бесплодие, в 10% случаев встречаются смешанные формы.

Цель: определить методом анкетирования состояние женщин репродуктивного возраста с нарушением обмена витамина Д с бесплодием на фоне ожирения.

Материалы и методы исследования: Из амбулаторных карт выявлены и приглашены на прием женщины репродуктивного возраста с бесплодием на фоне ожирения. Был составлен опросник, проведено антропометрические исследования определение массы тела: индекс массы тела [ИМТ], окружность талии [ОТ], окружность бедер [ОБ], количество жировой массы. Измерение проводилось стандартными медицинскими весами; УЗИ половых органов, психологический статус, характер питания, лабораторные методы исследования, а также - определения 25 (ОН) D в сыворотке крови, консультация смежных специалистов (акушер - гинеколога).

Результаты и обсуждения: во время амбулаторного обследования и методом анкетирования женщин репродуктивного возраста у 150 бесплодных женщин репродуктивного возраста с избыточным весом и ожирением было выявлено следующие нарушения: общая слабость – 30%, тревожность – 25 %, нарушение сна или бессонница – 35%, снижение полового влечения – 4%. При исследовании ИМТ: с избыточным весом – 20%, ожирение 1 степени – 42%, ожирение 2 степени – 28%, ожирение 3 степени – 10%. Ведущими факторами для возникновения эндокринного бесплодия у женщин репродуктивного возраста в наших наблюдениях являлись СПКЯ-24 (33,3%), гиперпролактинемия 19 (26,4%) и гиперандрогения 18 (25%) случаев. Гормональный профиль изучен у всех женщин с определением содержания гонадотропных, стероидных и тиреоидных гормонов (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон, ТТГ, ТЗ, Т4)

Данные лабораторной диагностики: ФСГ – 1 фаза 25-30 мЕд/мл -7%, 2 фаза 15-18 мЕд/мл-3%, ЛГ - 1 фаза 34- 40 мЕд/мл- 4%, 2 фаза 26-30 мЕд/мл -6%, ПРЛ 35 -40 нг/мл-5%, тестостерон 4- 8 нмоль/л-5%, эстрадиол I фаза – 20- 50 пМ/л – 11% , прогестерон 1 фаза 0,2-0,8 нмоль/л – 9%, ТТГ – 8,0- 14 мЕд/л-13%, ТЗ - 0,8 -2 пмоль/л – 7%, Т4 – 0,1- 0,5 нг/дл- 12%.

Выводы: 1. Данные помогут определить ведущие факторы бесплодия у женщин репродуктивного возраста с избыточным весом и ожирением, а также позволят разработать принципы первичной профилактики у них.

2. Внедрение результатов исследования в практическое здравоохранение позволит снизить бесплодие среди женщин репродуктивного возраста.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРА РОСТА ПЛАЦЕНТЫ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛОДА (СОРП) У ЖЕНЩИН

*Салимбоева Н.З., Джурабекова С.Т.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

Актуальность темы: изучение проблемы синдрома ограничения роста плода (СОРП) обусловлена трудностями в оценке степени его тяжести, невысоким эффектом лечения и необходимостью досрочного родоразрешения при тяжелых формах СОРП. Ввиду отсутствия на данный момент эффективного лечения СОРП перед врачами стоит задача лишь следить за внутриутробным состоянием плода, и в случае его ухудшения решить вопрос о родоразрешении для сохранения жизни ребенка.

Факторы роста плаценты, участвуя в процессах формирования плаценты, способствуют нормальному функционированию маточно-плацентарного комплекса. СОРП ассоциируется с дисбалансом в выработке и циркуляции плацентарного фактора роста и сосудистых эндотелиальных факторов роста. Изменения в концентрации факторов роста в крови у женщин с СОРП происходят до клинической манифестации этого заболевания.

Следовательно, определение изменений в продукции и функционировании факторов роста на доклинической стадии, возможно, позволит прогнозировать возникновение плацентарной недостаточности и как следствие СОРП.

Цель исследования: определить клиническое значение исследования факторов роста плаценты для прогнозирования, оценки степени тяжести СОРП.

Материалы и методы исследования: нами будут обследованы в родильном комплексе 50 беременных женщин, из них 25 с СОРП и 25 женщин с физиологической беременностью в 4- ГКБ имени И.И. Иргашева. У них будут исследованы анамнестические, обще-клинические и биохимические данные, а также ангиогенные факторы, связанные с плацентацией, такие как фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и фактор роста плаценты (PIGF). Именно плацентарные факторы роста показали высокий процент для прогнозирования СОРП.

Результаты исследования: Будет изучена динамика продукции фактора роста плаценты при неосложненной беременности и беременностью СОРП. Предполагается разработать прогностические критерии развития СОРП позволяющие раннему выявлению этого осложнения, а при развитии клинической картины — оценку степени тяжести, выбор рациональной акушерской тактики.

Выводы: СОРП—сложная проблема и, несмотря на используемые в настоящее время высокоинформативных методов, необходимо использовать несколько разнонаправленных методик. В этой сфере фактор роста плаценты может быть многообещающим биомаркером для определения отклонений в росте плода.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА- БАРРА

*Самиева Г.У., Рустамова Г.Р.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет*

Актуальность проблемы. Согласно современным глобальным статистическим медицинским данным, до 80 процентов всего населения планеты хотя бы раз

поражало вирусом Эпштейна-Барра. Активным продуцентом человек является в течение 1-1,5 лет – именно больные бессимптомными или манифестными формами вирусом Эпштейна-Барра и являются базовыми переносчиками инфекции. Симптоматика вирусного поражения не специфична. Зачастую, основной патологический процесс даже в активной стадии путают с ОРВИ, ларингитом и иными локальными заболеваниями. (Якушина С.А., Кистенева Л.Б.2018, С.П. Кокорева, В.Б. Котлова, О.А. Разуваев 2021.)

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения хронического тонзиллита у детей инфицированных вирусом Эпштейна-Барра, для улучшения диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 55 детей с хроническим тонзиллитом в возрасте от 4 до 7 лет, среди которых с помощью ПЦР диагностики выявлен маркеры вируса Эпштейна-Барра у 15 детей. Дети обследованы общими клиническими методами исследования, а также был проведен бактериальный посев носоглотки, ПЦР диагностика.

Результаты исследования. Больные жаловались на заложенность носа, отделяемое серозно-слизистого характера, редкий сухой кашель преимущественно ночью, периодически храп во сне, боли в горле, общую слабость, у некоторых детей головные боли, температура 38,5 °С. При объективном осмотре у детей общее состояние средней тяжести. Дети были слабыми, у 12 больных был снижен аппетит. У всех детей носовое дыхание было затрудненным и резко затрудненным у 7 больных. При осмотре зева гиперемия и гипертрофия миндалин (I-II степени) отмечалась в 100% случаев. У всех детей пальпировались множественные подчелюстные лимфоузлы до 0,5-0,8 см в диаметре, переднее- и преимущественно заднее -шейные лимфоузлы цепочкой до 1 см, безболезненные при пальпации и не спаянные с окружающей тканью. У 6 (40%) детей лицо было пастозным. Гемодинамических изменений : у 7 (46,6%) детей отмечалась нейтропения, лимфоцитоз, низкий гемоглобин у всех детей, в связи с чем детям был поставлен сопутствующий диагноз анемии. Печень была увеличена у (14 93,3%) детей, у 5 (33,3%) детей была увеличена и селезенка. Физиологические отправления у всех детей были нормальными.

Лор-врачом диагностирован хронический тонзиллит, у 7 (46,6%) детей еще и аденоидит. ультразвуковое исследование органов брюшной полости подтвердили умеренную гепатомегалию, спленомегалию.

Дети получали антибиотики (цефтриаксон парентерально), Виферон-1 per rectum 2 раза в сутки, симптоматические средства, физиолечение. На фоне проводимого лечения в течение трех суток состояние детей не улучшалось, в связи с чем учитывая положительную ПЦР диагностику к лечению добавлен Циклоферон в таблетках по схеме на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-е сутки. Уже на 4 сутки у детей нормализовалась температура, через 7 дней печень и селезенка при пальпации была не увеличена.

Выводы. Таким образом, у детей инфицированных вирусом Эпштейна-Барра, хронический тонзиллит может клинически протекать в виде как обострения, но в то же время имеет свои особенности в виде лимфо-пролиферативного синдрома, гепатоспленомегалии, отрицательных бактериальных посевов, часто сопровождается аденоидитом. Эффективность лечения достигается только при включении противовирусных препаратов.

НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Санакулов А.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Атипичная пневмония – специфическая форма воспалительного процесса в области легких, развитие которого спровоцировано воздействием на человека микроорганизмов, которые не являются характерными для пневмонии. Атипичные возбудители пневмонии позволяют специалистам выделить следующие формы данного заболевания: атипичную пневмонию микоплазменной формы, хламидийную атипичную пневмонию, атипичную пневмонию легионеллезного характера и пневмонию вирусного происхождения. В большинстве случаев диагностируется атипичная пневмония у детей либо же людей подростковой возрастной категории. Признаки пневмонии: лихорадка, одышка, кашель, хрипы в легких. Температура выше 38,0°C более 3 дней, одышка в отсутствие признаков бронхиальной обструкции (>60/мин у детей до 2 месяцев, >50 в возрасте 2 - 12 месяцев и >40 у детей 1-5 лет), асимметрия влажных хрипов.

Гемограммы для диагностики пневмонии не столь значительно, как это принято считать, клинические признаки имеют более высокую диагностическую эффективность. Лейкоцитоз ниже $14 \times 10^9/\text{л}$ наблюдается в первые дни болезни у 40% больных кокковой и 96% атипичной пневмонией, фактически, столь же часто, как и при бронхитах. Уровни лейкоцитоза выше $14 \times 10^9/\text{л}$ и прокальцитонина (ПКТ) выше 2 нг/мл исключают атипичную пневмонию, однако, при меньших уровнях отличия практически полностью сглаживаются. Атипичная пневмония по уровням маркеров от ОРВИ и бронхита отличается мало.

Часто среди атипичных пневмоний встречается, микоплазменная пневмония. Пневмонии у детей вызывается возбудителями, обычно циркулирующий в дыхательных путях, обнаружение этих возбудителей в мокроте не говорит об их этиологической роли. Выявление любым методом вирусов, микоплазм, хламидой, грибов, пневмоцист при отсутствии клинической картины соответствующей пневмонии не является доказательством их этиологической роли, как, впрочем, и наличия самой пневмонии. Обнаружение IgM- антител к хламидиям и микоплазме имеет диагностическое значение, однако в течение первой недели с момента начала вызванной микоплазмой пневмонии они часто отсутствуют. Часто микоплазменная инфекция протекает бессимптомно и выявляется только при обнаружении сероконверсии.

При развитии поражения дыхательных путей жалобы пациента часто не соответствуют скудным объективным данным. Начало постепенное, с головных болей, недомогания, лихорадки, не достигающих высокой степени выраженности. Симптомы поражения дыхательных путей: Кашель от сухого, надрывного до продуктивного со светлой мокротой. Кашель - самый частый симптом при поражении респираторного тракта. У больных с микоплазменной инфекцией кашель присутствует всегда, но среди кашляющих всего 5-10% больных пневмонией. Одышка - довольно редкий симптом, если она возникает, то выражена слабо. Лихорадка - характерный симптом микоплазменной инфекции - не достигает высокой степени выраженности. В основном нет соответствия между лихорадкой и рентгенологической картиной и анализами крови. Симптомы фарингита у 10-60%. Ринорея у 10-35%. Боли в ухе (мирингит) у 8%. Бессимптомный синусит. При физикальном обследовании выявляются невыраженные хрипы (сухие или влажные

мелкопузырчатые), перкуторно чаще всего изменений не обнаруживают. Внелегочные проявления микоплазменной инфекции: Гемолиз, сопровождающийся повышенными титрами холодовых агглютининов, катаральный панкреатит, катаральный менингит, менингоэнцефалит, нейропатия, церебральная атаксия, макулопапулезные поражения кожи (описывается связь с синдромом Стивенса-Джонсона), миокардит (не часто), гломерулонефрит (не часто), миалгии, артралгии (без картины истинного артрита).

Объективные методы обследования: Рентгенологическое обследование чаще всего выявляет усиление легочного рисунка, характерное для перибронхиальной инфильтрации, но могут быть очаговые инфильтраты, дисковидные ателектазы, увеличение лимфоузлов корня легкого, плеврит. Лабораторные данные: гемолитическая анемия с повышением титров холодовых агглютининов и ретикулоцитозом. Лейкоцитоз не отмечается. Тромбоцитоз возможен, как ответ на анемию. Иммунологическая диагностика: определение титров противомикоплазменных антител (IgM, IgG). Положительный результат: исходное повышение титров антител $\geq 1:32$ или 4-х кратное увеличение в динамике. Появление антител отмечается к 7 дню, а максимум - к 3-4 неделе заболевания. Определение антигенов (максимально достоверные результаты в течение одной недели от начала болезни). Полимеразная цепная реакция основана на определении специфической ДНК микоплазмы пневмонии. Чувствительность метода - 93%, специфичность - 98%. Подбор антибиотиков для лечения пневмоний оптимален при расшифровке ее этиологии, однако экспресс-методы оказываются не всегда надежны и доступны.

При атипичных пневмониях препаратами выбора служат макролиды и азитромицин. Поскольку они действуют и на кокковую флору, эти средства можно использовать у лиц с аллергией на β -лактамы, однако их широкое применение нежелательно из-за стимуляции ими лекарственной устойчивости флоры. Оценка эффективности лечения проводится через 36 и 48 ч лечения. Полный эффект регистрируется при падении температуры ниже $38,0^{\circ}\text{C}$ (без жаропонижающих) и улучшении общего состояния, появлении аппетита, рентгенологическая картина при этом может улучшиться или остаться прежней. Это указывает на чувствительность возбудителя к препарату, следовательно, лечение этим лекарственным средством следует продолжать. Частичный эффект регистрируется при улучшении общего состояния и аппетита, а также отсутствии отрицательной динамики в очаге, но при сохранении фебрильной температуры, такая картина наблюдается при гнойного очага (деструкция) или иммунопатологического процесса (метапневмонический плеврит). При этом антибиотик не меняют, полный эффект наступает позже при опорожнении гнойника или назначении противовоспалительных средств. Если у больного сохраняется фебрильная температура, нарастает инфильтрация в легких или общие расстройства, принято считать, что наличии эффект отсутствует, в этих случаях требуется немедленная смена антибиотика.

Длительность лечения нетяжелых пневмоний 5-7 дней, осложненных форм 12-15 дней (2-3 дня после падения температуры). При внутрибольничных пневмониях замена препарата проводится по бактериологическим данным или эмпирически уже через 24-36 часа, при первых признаках неэффективности. Лечение нетяжелых пневмоний при хороших условиях возможно на дому.

При быстром наступлении эффекта антибиотиков, другие виды терапии не нужны. Жаропонижающие при пневмонии не назначают, так как это может затруднить оценку эффективности лечения. До наступления эффекта режим постельный, при быстрой обратной динамике ребенка переводят на полупостельный режим,

а с 6-12-го дня на общий режим. Возобновлять закаливание можно через 12-16 дней, но большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель, при нетяжелой и 10 недель после осложненной пневмонии. В течение этого времени восстанавливается легочный кровоток. Сниженный в первые дни аппетит быстро восстанавливается, что делает излишним назначение витаминов.

Вывод: При раннем выявлении и своевременной госпитализации в стационары больных детей с острой пневмонией на педиатрических участках педиатрами, снижает летальный исход и назначение адекватной терапии.

НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Таджиев Б.М., Динмухаммадиев Н.А., Мирхашимов М.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Ташкент

Актуальность: В мире имеется более 37 млн людей живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВ). Из них 1,7 млн [1,2 млн - 2,2 млн] дети в возрасте от 0 до 14 лет. В Узбекистане ЛЖВ составляют 45 тысяч человек, 14% (6,3 тыс) от общего числа зараженных – молодежь до 18 лет. С появлением АРТ ожидаемая продолжительность жизни ЛЖВ приближается к таковой у людей без ВИЧ инфекции. В то время как в эпоху до АРТ основными причинами легочных осложнений у ЛЖВ были инфекционные заболевания, с момента внедрения АРТ распространенность неинфекционных легочных заболеваний увеличилась. По мере того, как ЛЖВ доживают до более старшего возраста, распространённость хронических заболеваний легких (ХЗЛ) среди них становятся все более значительным. Эти неинфекционные заболевания часто возникают в более молодом возрасте, чем у неинфицированных ВИЧ, и число случаев заболевания растет, особенно в возрастной группе 30–49 лет, что указывает на медленное прогрессирование заболевания. Появление спирометрии привело к интенсивному изучению нарушений функции легких у ВИЧ-инфицированных детей. ХЗЛ связанные с ВИЧ, распространены среди детей с ВИЧ инфекцией. Измерение функции легких с помощью спирометрии может помочь в изучении патофизиологии дыхания у ВИЧ-инфицированных детей и мониторинге прогрессирования ХЗЛ.

Цель исследования: определение частоты встречаемости различных нарушений вентиляционной функции лёгких (ВФЛ) у детей с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы: Обследована вентиляционная функция лёгких у 179 детей с подтвержденной ВИЧ инфекцией с помощью портативного спирометра Contec SP80B. Спирометрия проведена на основании рекомендаций Российского респираторного сообщества (2021). Для расчета результатов использовался калькулятор предоставленный на веб-сайте Global Lung Function Initiative (GLI) - <http://gli-calculator.ersnet.org/index.html>. Z-шкалы, рассчитанные на этом сайте, использовались для определения изменений функции легких для объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Генслера), максимальной объёмной скорости при выдохе 75% ФЖЕЛ (МОС75), средней объёмной скорости от 25 до 75% ФЖЕЛ (СОС25-75).

Результаты: Средний возраст детей составил 15,9 (медиана 16,088, межквартильный интервал 15,154-17,065). 134(75%) и 41 (23%) из них находились в третьей и четвертой клинической стадии ВИЧ-инфекции соответственно. 1 и 3 ребенка находились в первой и второй клинической стадии соответственно и достигли 2%. У 66 (37%) детей хотябы один из измеренных показателей ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ,

МОС75 и СОС25-75 с различной достоверностью были ниже нижней границы нормы. Среди них дети с 2, 3 и 4 клиническими стадиями ВИЧ инфекции были 1 (2%), 49 (74%) и 16 (24%) соответственно. Показатели ОФВ1, ФЖЕЛ, МОС75 и СОС25-75 ниже нижней границы нормы определялись у 30(45%), 56(85%), 10(15%) и 16(24%) детей соответственно. Достоверно низкими были показатели ОФВ1, ФЖЕЛ и СОС25-75 ($p < 0.001$). Полученные низкие показатели МОС75 были недостоверны ($p > 0,3$). 62 (94%) детей имели показатель ОФВ1/ФЖЕЛ завышенный или в пределах нормы ($p < 0,001$). Степень тяжести нарушений ВФЛ у более чем 50% детей с нарушением ВФЛ ($n=66$) по каждому из показателей названных выше были умеренными, легкими или незначительными.

Выводы: Выявлена достоверно высокая частота встречаемости показателей ФЖЕЛ $< z < -1.645$ в комбинации с частым измерением показателей ОФВ1 $< z < -1.645$, а также показателя ОФВ1/ФЖЕЛ завышенных или в пределах нормы у подавляющего большинства детей. Это приводит к выводу что у детей с ВИЧ инфекцией с нарушением вентиляционной функции лёгких характерны рестриктивные изменения. Эти изменения находятся в начальной стадии или близкой к нему и нуждаются в более тщательном наблюдении.

СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

*Таджжиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А.,
Зайнабитдинова С.Н., Шамсиева Л.А.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
педиатрии МЗ РУз, Ташкент*

Актуальность проблемы. Особое место среди острых и хронических болезней органов дыхания занимает пневмония как одна из основных причин госпитализации детей в пульмонологическое отделение, возможности развития жизнеугрожающих осложнений и даже летального исхода. В последние годы изменилось клиническое течение болезни, нарастает количество случаев затяжного течения пневмонии.

На практике, особенно в амбулаторных условиях, серьезными проблемами являются ранняя диагностика и рациональная терапия пневмонии у детей. 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. Наиболее распространенными возбудителями внебольничной пневмонии являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и другие микроорганизмы, в том числе вирусы и грибы. Актуальность таких возбудителей, как *S. aureus*, *S. pyogenes*, *K. pneumoniae* и *E. coli*, которые вызывают тяжелые, в том числе и деструктивные пневмонии и летальность, остается высокой. Сложность лабораторной диагностики обусловлена, с одной стороны особенностями этиологии заболевания, с другой стороны – отсутствием единых подходов при идентификации возбудителей.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и диагностическую ценность маркеров воспаления при внебольничной пневмонии затяжного течения у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 155 детей в возрасте от 1 года до 15 лет наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Из них 96 детей с внебольничной пневмонией (ВП) затяжного течения, 35 детей с ВП (группа сравнения) и 24 практически здоровых детей (группа

контроля). В процессе выполнения работы использованы общеклинические, функциональные, биохимические и иммунологические методы исследования. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты исследования. Анализируя фоновые состояния мы установили, что в двух группах наблюдения наиболее часто у детей ВП затяжного течения 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% больных. Цианоз наблюдалось у 73,8% больных. Одышка была у 93,8% больных. Влажные хрипы прослушивались у 100,0%, сухие хрипы у 64,0% больных.

Анализ результатов исследования у больных ВП затяжного течения содержание С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови было повышено. Уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВП в начальном периоде болезни был существенно выше в 6,7 раз, у детей ВП затяжного течения в 12,2 раза по сравнению с контрольной группой. Уровень СРБ в сыворотке крови у детей с ВП затяжного течения 1,8 раз был выше по сравнению с ВП. Более значимые изменения содержания СРБ в крови при ВП у детей также было выявлено старшей возрастной группы, тогда как у детей раннего возраста в остром периоде заболевания они были менее выраженными ($P < 0,05$).

По результатам бактериологического исследования у больных с ВП затяжного течения в 41,8% случаев установлен штамм *Streptococcus pneumoniae*, в 29,1% – к *Staphylococcus aureus*, в 10,3% – к *Klebsiella pneumoniae* и у 18,8% – к *H. influenzae*.

Анализ результатов изучения цитокинов показал (рис.4), 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 выше по сравнению с показателями ВП. Содержания TNF α повысился в 1,3 раза.

Динамическое изучения концентрации СРБ у обследованных детей показало их недостоверное снижение на 10-е сутки у детей, получавших базисную терапию (I группа) на 1,1 раза по сравнению с контролем ($P > 0,05$). Предиктором неэффективной АБТ у обследованных групп больных становится высокий уровень СРБ, сохраняющийся в динамике заболевания.

Результаты исследования цитокинов у обследованных больных 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.

Выводы. Таким образом, у детей с внебольничной пневмонией затяжного течения в этиологической структуре диагностически значимыми являются штаммы *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*. Оценка биомаркёров воспаления С-реактивного белка и цитокинов является информативным показателем в диагностике внебольничной пневмонии затяжного течения у детей, что можно использовать при выборе дифференцированной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ташматова Г.А., Халматова Б.Т.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Бронхиальная астма чаще развивается среди детей дошкольного возраста (80%), нередко первые приступы возникают уже на первом году жизни. В последнее время практические врачи большое внимание уделяют оценке функционального состояния легких. Показатели функции внешнего дыхания (ФВД)

важны как для установления диагноза, определения степени тяжести заболевания, так и для выбора лечебных программ. Дети, страдающие бронхиальной астмой, часто имеют нормальные функциональные показатели не только в период ремиссии, но даже в стадии обострения заболевания. Наиболее полная характеристика вентиляционной способности легких возможна при исследовании структуры общей емкости легких. Метод бодиплетизмографии одновременно с исследованием общей емкости легких (ОЕЛ) позволяет оценить бронхиальное сопротивление, чего достаточно для диагностики характера и степени нарушений.

Цель работы — изучение валидности методов спирометрии и бодиплетизмографии для оценки функционального состояния бронхолегочной системы у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Всего было проведено комплексная оценка состояния бронхолегочной системы у 62 детей в возрасте от 12 до 18 лет. Среди них 27 детей, с диагнозом бронхиальная астма средней степени тяжести. В группу сравнения были включены «условно здоровые» дети аналогичного возраста и пола ($n=35$). Диагноз БА был установлен в соответствии с Международным консенсусом по диагностике и терапии БА (GINA, 2014, 2018). Среди обследованных детей 40,3% ($n=25$) составили девочки, 59,6% ($n=37$) мальчики. Средний возраст обследованных $15,27 \pm 7,69$ лет. Стаж болезни составил в среднем $3 \pm 1,1$. Значение FEV1 у детей с БА составило 92,4%, у детей группы контроля 100,2%. При анализе показателя FEV1/FVC, который характеризует наличие бронхиальной обструкции, было выявлено, что в группе детей с БА он составил 69,6%, тогда как в контрольной группе — 97,53%. При проведении спирометрии у детей с БА после ингаляции 200 мкг сальбутамола уровень FEV1 составил 101,2% и был сопоставим со значениями детей контрольной группы. Показатель FEV2/FVC находился в пределах нормальных значений и составил 70,3% в группе детей с БА и 95,2% в группе «условно здоровых» детей. Для мониторинга эффективности проводимого лечения в целях профилактики обострений и предупреждения прогрессирования заболевания очень важным является своевременное выявление изменений проходимости бронхов с использованием современных методов диагностики. Многообразие имеющейся аппаратуры для исследования параметров внешнего дыхания ставит перед специалистами вопрос выбора качественных, отвечающих современным стандартам и надежных в эксплуатации приборов. Для врачей, работающих с детьми, к этим требованиям добавляется еще учет возрастных особенностей их пациентов. На сегодняшний день методом исследования, который отвечает всем этим требованиям относится бодиплетизмограф.

Нами было проведено дополнительное обследование для выявления патологических нарушений объемных показателей у детей с БА с помощью метода бодиплетизмография. Показатели внутригрудного давления и остаточной емкости легких соответствовали нормальным значениям и статистически значимо не отличались между собой в исследуемых группах. Достоверное различие было получено по показателю остаточного объема легких (ООЛ), который позволяет оценить наличие патологии в мелких дыхательных путях (МДП). Как известно, для бронхиальной астмы любой степени тяжести характерен воспалительный процесс в дыхательных путях, развивающийся в результате сложного взаимодействия генетических факторов и факторов внешней среды. В нашем исследовании было получено статистически значимое повышение ООЛ до 117,2% ($p < 0,005$) у детей с бронхиальной астмой, относительно детей контрольной группы (96,9%). Несмотря на то, что методом спирометрии были получены аналогичные показатели, у детей основной группы после приема сальбутамола ООЛ находился в пределах референтных значений, выявленная достоверная разница в сторону увеличения данного критерия у пациентов с БА свидетельствует о наличии патологического процесса именно в мелких бронхах.

Вывод. Учитывая вышеприведенные данные, можно сделать вывод, что у детей с контролируемой бронхиальной астмой при определении функции легких методом спирометрии обструктивные нарушения не выявляются, хотя показатели FEV1 и FEV1/FVC статистически ниже, чем в группе здоровых детей. Выявляется достоверное повышение ООЛ относительно группы контроля. Исходя из этого, для уточнения наличия нарушений внешнего дыхания и патологии мелких бронхов у детей с бронхиальной астмой требуется проведение более углубленного обследования, в частности, бодиплетизмографии.

ИЗМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИТОНИНА И Д-ДИМЕРА В КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19.

*Тиллашайхова М.Р., Тиллашайхова М.Х.
Андижанский Государственный медицинский институт.*

Актуальность. Быстрое распространение коронавирусной инфекции по миру способствовало внедрению в клиническую практику определенных лабораторных показателей для быстрой оценки состояния больного и тяжести заболевания. Также определена возможность передачи коронавирусной инфекции от беременной к будущему ребенку. У беременных женщин, COVID-19 протекает более тяжелой формой, которая зачастую приводит к мультисистемным поражениям, что в свою очередь негативно влияет на плод.

Цель исследования. Оценить такие клиничко-лабораторные показатели, как Д-димер и кальцитонина у новорожденных, которым был поставлен диагноз «коронавирусная инфекция», а также сравнить клиничко-лабораторные показатели со здоровыми новорожденными.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 20 новорожденных родильного комплекса №6 города Ташкента. У 10 новорожденных с подтвержденным диагнозом «коронавирусная инфекция (COVID-19)» а также у остальных 10 новорожденных, составивших контрольную группу была взята кровь на определение содержания кальцитонина и Д-Димера. Все данные были статистически обработаны с использованием специальных компьютерных программ обработки данных для определения коэффициента Стьюдента.

Результаты. Проведенный сравнительный анализ показал, что у новорожденных с COVID-19 ассоциировались со следующими показателями: уровень кальцитонина ($r = 0,24-2,82$; $p < 1,64$) Д-димера ($r = 1,3-7,9$; $p < 4,65$).

У здоровых новорожденных данные показатели были следующие: уровень кальцитонина ($r = 0,03-1,08$; $p > 0,08$) Д-димера ($r = 0.01-1.29$; $p > 0,65$).

Заключение. Таким образом, на основании выполненных ранее работ, можно сделать вывод, что содержание Д-димера и кальцитонина в крови у новорожденных с COVID-19 сравнительно выше чем у здоровых новорожденных.

БОЛАЛАР ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИДА ХАЁТ СИФАТИ

*Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З.,
Вохидов Ф.Ш., Туйчиев Г.У.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги: Портал гипертензиясининг жигар ичи турида жаррохлик амалиёт услубини танлашнинг зарурий шарти – цирротик жараёнда жигар функционал холатини объектив таснифлаш, бу тасниф асосида маълум даволаш

услугини танлаш ва беморлар хаёт сифатини ташрихлардан кейинги яқин ва узок вақтларда яхшилашга эришишдан иборат.

Тадқиқот мақсади: Болалар жигар циррози (ЖЦ) портал гипертензиясида жаррохлик ташрихлари самарадорлигини бемор болалар хаёт сифатини ўрганиш асосида аниқлаш.

Тадқиқот материали. Тадқиқотга жигар циррози ва портал гипертензия хасталиги билан оғриган 3 ёшдан 14 ёшгача бўлган 81 беморда ўтказилган шунтловчи ташрихлар натижалари асос қилиб олинди.

Тахлилда жигар функционал ҳолати шунт турларини тўғри танлашда асосий мезон бўлиб, шу мақсадида беморлар Child-Pugh (1973) прогностик шкаласи тақсимоми бўйича ўрганилди.

Ташрихгача ва ташрихдан кейинги беморлар яшаш сифатини ўринли баҳолашга эришиш ва натижада мезонларни танлашда хатоликларга йўл қўймаслик мақсадида тахлилга режали ташрихлар ўтказилган беморлар олинди.

Child-Pugh прогностик шкаласи тақсимоми бўйича беморларнинг кўпчилик қисмини барча ташрих турлари бўйича Ch «B» гуруҳига мансуб бўлган беморлар ташкил қилди: ПСРА - 45,65%, ДСРА - 51,4%.

Беморларни прогностик синфларга клиник-биохимик текширувларга таянган ҳолда тақсимланиши морфологик текширувлар натижаси билан тўғри келди. Бир қонуниятга эътиборни қаратиб ўтмоқчимизки, майда тугунчали цирроз прогностик оғир гуруҳларни ташкил қилса, аксинча йирик ва аралаш тугунчали цирроз нисбатан енгил прогностик гуруҳларга хосдир, яъни хаёт сифати нисбатан яхшироқ беморларни ташкил қилди.

Хулоса қилиб айтишимиз мумкинки, беморларни Child-Pugh синфлари бўйича тақсимомида цирротик зарарланган жигарнинг морфологик ҳолатини инобатга олиниши жигар функционал фаолиятини ва беморлар хаёт сифатини аниқлашда асосий мезонлардан бири бўлиб, майда тугунчали ЖЦ да беморлар хаёт сифати бошқа синф беморларига нисбатан ташрихгача ҳам ва ташрихдан кейин ҳам коникарсиз эканлиги аниқланди.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф., Туйчиев Г.У., Вохидов Ф.

Андижон давлат тиббиёт институти

Развитие технических возможностей, расширение клинических показаний к дистанционной литотрипсии, чрескожной нефролитотрипсии, совершенствование методик уретероскопии и контактной уретеролитотрипсии изменили подход к лечению больных МКБ. В настоящее время процент "традиционных" открытых оперативных вмешательств составляет не более 5-15%.

Цель исследования изучить особенности клинических проявлений мочекаменной болезни у больных детей с инфравезикальной обструкцией.

Материалом исследования послужили клинические данные 33 больных детей страдающих мочекаменной болезнью в сочетании с различными видами инфравезикальной обструкции. Склероз шейки мочевого пузыря, стриктура уретры, меатостеноз и клапан уретры.

Диагностические методы, применяемые при обследовании пациентов с сочетанием мочекаменной болезни и органической инфравезикальной обструкции разделили на обязательные (осмотр больного, сбор данных анамнеза, физикальное обследование, лабораторные, ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, рентгенологические - обзорная урография, экскреторная урография,

цистоуретрография). и вспомогательные (микционная цистоуретрография, комплексное уродинамическое исследование, уретроцистоскопия.

Эти диагностические методы помогает правильно и своевременно диагностировать сочетание мочекаменной болезни с инфравезикальной обструкцией и сопутствующие им осложнения, а также достоверно оценить анатомо-функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей, что является необходимым условием для выбора наиболее подходящей тактики комбинированного лечения и профилактики послеоперационных осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З., Вохидов Ф.Ш., Туйчиев Г.У.

Андижон давлат тиббиёт институти

Цель исследования: оценить возможности методов исследования в диагностике, дифференциальной диагностике кистозной трансформации желчных протоков.

Материал и методы. В исследование включено 16 больных детей кистозной трансформацией желчных протоков. Мальчиков было 3(18,7%), девочек – 13 (81,3%). Наиболее эффективный алгоритм выявления кистозной трансформации желчных протоков включает УЗИ, МРТ и МРХПГ с гепатоспецифичным препаратом. Указанные методы удовлетворяют все потребности в диагностике кист желчных протоков и позволяют установить диагноз практически в 98–100% наблюдений.

Результаты исследования. Диагностика и оценка кистозной трансформации желчных протоков должна включать тип кисты по Т. Todani, состояние ее стенок и содержимого, синтопию с окружающими структурами и изменения в них. Это имеет значение при установке диагноза, дифференциальной диагностике, в том числе и для выбора правильного способа оперативной коррекции. Указанные данные необходимо исследовать дооперационном этапе. Принципиально важно начинать обследование с не инвазивных методов. Высокий риск развития осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, а также малигнизация кист свидетельствуют о необходимости наблюдения за пациентами, перенесшими оперативные вмешательства.

ЦИТОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З., Вохидов Ф.Ш., Туйчиев Г.У.

Андижон давлат тиббиёт институти

Цель: изучение зависимости цитопенического синдрома от степени спленомегалии. Анализ проведен у 46 детей в возрасте 3-14 лет больных циррозом печени с портальной гипертензией. Контрольную группу составили 25 детей страдающих внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). Комплекс диагностических тестов включал ультразвуковое исследование, клинические и биохимические исследование крови.

Спленомегалию мы условно разделили на 3 степени в зависимости от размеров увеличенной селезенки, определяемой по трем плоскостным эхографическим срезам и интраоперационно. Гиперспленизм, или цитопенический синдром, так же условно разделили на 3 степени тяжести по выраженности анемии, тромбоцитопении и лейкопении.

Наиболее выраженные и достоверные изменения отмечены при подсчете тромбоцитов периферической крови. Лишь при III ст. гиперспленизма наблюдалось

достоверное снижение количества лейкоцитов. Дети с I степенью тяжести гиперспленизма практически не имели жалоб, редко отмечались носовые кровотечения, коагулограмма и свертываемость крови находились в пределах возрастной нормы. II степень гиперспленизма клинически характеризовалась сравнительно частыми носовыми кровотечениями, небольшими подкожными гематомами на конечностях, заметным удлинением времени начала свертывания крови до $5,7 \pm 0,3$. III степень гиперспленизма сопровождалась частыми носовыми кровотечениями, кровоточивостью десен. При легкой травме у этих детей отмечались довольно массивные гематомы. Сопоставляя степени спленомегалии и гиперспленизма, выявить определенную закономерность в их взаимозависимости не удалось. Но, следует отметить, что картина гиперспленизма была более выражена у детей с циррозом печени в отличие от больных с внепеченочной портальной гипертензией. А также, был выявлен, что развитие цитопенического синдрома у детей как с внутри -, так и внепеченочной формой портальной гипертензии не зависит от величины спленомегалии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Садилов Х-М.А.
Ташкентская медицинская академия.*

Актуальность проблемы. Приверженность к антиретровирусной терапии — это залог успеха и выживаемости среди лиц, живущих с ВИЧ. Несмотря на это, низкий уровень приверженности является одной из главных проблем оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным для многих стран ввиду высокого уровня формирования резистентных штаммов вируса и, следовательно, неэффективности АРВТ. Данные систематического обзора и метаанализа, проведенного в Эфиопии, демонстрируют различные уровни приверженности к АРВТ у детей с ВИЧ инфекцией в разных городах одного государства [1]. Похожие результаты получены и в исследовании, проведенном в Нигерии [2]. Китайские ученые, проведя мета-анализ и систематический обзор, также пришли к выводу, что показатели приверженности весьма неоднородны среди разных возрастных групп людей [3]. К такому же выводу пришли и индийские ученые К.Мехта, М.Л. Экстранд, Э. Хейлен, Г. Н. Санджива и А.Шет [4], проведя исследование в Южных регионах Индии. Разнообразие полученных в различных странах мира результатов исследований подтолкнуло нас к изучению уровня приверженности к антиретровирусной терапии у ВИЧ инфицированных детей, что и явилось целью данной работы.

Цель исследования: изучить состояния приверженности к АРВТ у ВИЧ-инфицированных детей

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 112 детей в возрасте от 0 до 18 лет. При оценке уровня приверженности нами использованы критерии ВОЗ в модификации Федяевой О.И., согласно которым мы выделили 3 уровня приверженности: высокий, умеренный и низкий. Диагноз выставлен на основании жалоб, клинических, антропометрических, серологических, бактериологических, иммунологических, вирусологических и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Согласно проведенному анализу, среди обследованных нами детей распределение уровней приверженности к АРВТ было примерно одинаковым.

Дети, у которых соблюдение приема АРВ-препаратов было на высоком уровне – составили 37,5% (42 ребенка), умеренный уровень приверженности – 28,6% (32 ребенка) и низкий уровень приверженности – 33,9% (38 детей) ($p > 0,05$).

Проведенный анализ показал, что в группе детей до 3 лет в большинстве случаев отмечался высокий уровень приверженности (58,3%), что, по видимому объясняется тем, что дети младшего возраста находятся на попечении родителей/близких родственников/опекунов. У четверти детей (25%) отмечался умеренный уровень приверженности. Это были преимущественно дети 2,5-3 лет, инфицированные перинатально. Хотя они находились на попечении родственников/родителей/опекунов, тем не менее в этих случаях мы отмечали так называемую «терапевтическую усталость» у ухаживающих лиц, чем и объясняются пропуски приема препаратов. У 16,7% детей зарегистрирован низкий уровень приверженности. При анализе возможных причин выявлено, что это были дети из неблагополучных семей, где родители страдали различного рода зависимостями (алкогольная, наркотическая), что и повлияло на соблюдение режима лечения.

Следующим этапом нашей работы было изучение возрастной структуры при различных уровнях приверженности к АРВТ. Полученные результаты представлены на рисунке. Анализ показал, что среди детей с высоким и умеренным уровнем приверженности преобладали дети в возрасте от 3 до 7 лет (50% и 62,5% соответственно). Мы объясняем это, прежде всего, особенностями нашей выборки, а именно преобладанием среди обследованных детей именно этой возрастной категории.

Среди детей с высоким уровнем приверженности меньшую долю (26,2% составили дети 7-14 лет). Самый низкий удельный вес имели дети младшего возраста – до 3 лет (16,7%) и подростки 14-18 лет (7,1%).

Среди детей с умеренным уровнем приверженности вышеуказанные возрастные группы (кроме категории от 3 до 7 лет) имели практически равное распределение в пределах 10-15%.

Интересные данные получены при анализе возрастной структуры детей с низким уровнем приверженности. Наименьший удельный вес отмечался у детей до 3 лет (всего 5,3%), что объясняется, как мы описывали выше, попечением ухаживающих лиц. Дети остальных возрастных групп (3-7 лет, 7-14 лет и 14-18 лет) регистрировались с практически равной частотой (в пределах 30%).

Выводы: Среди ВИЧ-инфицированных детей наблюдалось примерно равное распределение различных уровней приверженности (по одной трети). Наихудшие показатели приверженности отмечались в возрастных группах 7-14 и 14-18 лет. Можно сделать заключение, что по мере взросления ребенка (старше 3 лет) состояние приверженности имеет тенденцию к ухудшению. Для коррекции ситуации необходим детальный анализ причин, влияющих на состояние приверженности, и разработка мероприятий по их нивелированию либо ослаблению.

ТАЛОҚНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ

*Туракулов З.Ш., Исаков Н.З., Эргашев Н.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти
Тошкент тиббиёт педиатрия 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,

талок гематомаларининг йиринглашидан тортиб то шикастланган аъзони хаёт фаолияти тўлиқ бузулганлиги оқибатида талокнинг олиб ташлаш даражасида намоён бўлиши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади: Қорин бўшлиғининг жароҳатлари оқибатида талокнинг травматик шикастланишлари диагностикаси ва даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: 2015 йилдан 2020 йилгача РШТЎИМ АФ Болалар жаррохлиги бўлимида даволаган қорин бўшлиғининг жароҳатлари оқибатида талокнинг 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. Жаррохликнинг ўртача давомийлиги 57 минут. Реанимацияда бўлиш муддати 1-17 кунни ташкил этди. Талок шикастланишлари орасида капсула ости гематомаси 28 нафар, талок капсуласининг шикастланиши: талокнинг кичик хажмдаги ёрилиши 9 нафар, талокнинг эзилиши 5 нафар, талок 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 холатининг оғирлашиш сабаблари орасида геморрагик шок ва унинг оқибатлари, травма оқибатида миянинг жиддий травматик шикастланиши мавжуд. Ташхисий лапароскопия 16 нафар беморда (40%), 8 нафар беморларда талокни олиб ташлаш жаррохлик амалиётлари ўтказилган.

Шифохонада талок жароҳатланиши билан ётиб даволанаётган беморлар 7-38 кун давомида кузатилган.

Хулоса: Шундай қилиб, олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, талок шикастланган ва шикастланмаган беморларда қорин бўшлиғининг ёпиқ травмасида клиник кўриниш ўхшашдир. Қорин бўшлиғи жароҳатлари натижасида талокнинг шикастланиши билан оғирган беморларни даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш қорин бўшлиғидаги шикастланишлар орасида талокнинг травматик шикастланишини ташхислаш ва даволаш қийин иш деган хулосага келишга имкон беради.

ЗНАЧЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.

Туракулова Х.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время проблема бронхообструктивного синдрома у детей вызывает большой интерес у педиатров, так как именно этот синдром усугубляет бронхолегочную патологию и удлиняет пребывание больного в стационаре.

Актуальность проблемы заключается в том, что в последнее время увеличилась заболеваемость бронхообструктивным синдромом у детей раннего возраста с острыми воспалительными заболеваниями органов дыхания. Это усугубляет клинику основного заболевания и приводит к быстрому развитию симптомов дыхательной недостаточности.

Цел. Оценка эффективности небулайзерной терапии при назначении препаратов для лечения бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста с разным преморбидным фоном.

Полученные результаты. Обследовано 67 детей с воспалительными заболеваниями кишечника с бронхообструктивным синдромом. 10 детей, получавших традиционное лечение, составили детскую контрольную группу, а 57 детей, которым к традиционному лечению добавили небулайзерную терапию, составили основную группу. Небулайзерный метод применялся при доставке лекарственных средств для дифференцированного лечения бронхообструктивного синдрома. Результаты исследования показали, что доставка лекарственных средств небулайзерным методом в 4-5 раз эффективнее традиционного метода. Показано, что эффективность ингаляционной терапии напрямую связана с учетом преморбидного фона при выборе препаратов у детей до года.

Вывод. Таким образом, при небулайзерной терапии препараты начинают действовать быстрее, чем при обычном лечении, что, безусловно, приводит к лучшему исходу исхода заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.

*Туракулова Х.Э. , Азизова Н.Д.
Соискатель , ассистент кафедры
АГМИ, РСНПМЦ*

Актуальность. Респираторная патология является одним из ведущих заболеваний у детей. У 25-31% детей респираторные инфекции протекают в клинической форме обструктивного бронхита, а в 30-50% случаев протекают в затяжной, волнообразной или рецидивирующей форме. Однако ранняя этиологическая дифференциация необходима для прогнозирования тяжести и течения обструктивного бронхита, проведения рациональной терапии, предупреждения рецидивов заболевания. Изменения клеточной связи, интерфероновой системы и фагоцитоз в иммунной системе встречаются у 70-80% детей с частыми инфекциями верхних и нижних дыхательных путей.

Цель. Изучить клинические особенности формирования бронхообструктивного синдрома у детей с целью улучшения состояния и лечения последствий заболевания.

Полученные результаты. Эффективность ацикловира, одного из противовирусных препаратов в лечении бронхообструктивного синдрома, исследовали у 50 детей в возрасте 1–5 лет с бронхообструктивным синдромом. У всех больных отмечалось учащение дыхания, экспираторные хрипы, сухие и влажные хрипы различного калибра при аускультации, синдромы местного иммунодефицита. Двадцать пять пациентов получали только антибактериальную терапию, а остальные 25 получали ацикловир из противовирусных препаратов наряду с антибиотиками. Общий курс лечения составил 7 дней. Всем пациентам в зависимости от возраста был рекомендован ацикловир. О побочных эффектах противовирусных препаратов не сообщалось. У 25 больных, получавших ацикловир, отмечалась положительная динамика общего состояния в течение 4-5 дней лечения, с более ранним положительным результатом лечения кашля, одышки, слабости, недомогания, дыхательной недостаточности, чем в группе лечится только антибактериальной терапией.

Вывод. Таким образом, ацикловир восстанавливает клеточные иммунные связи в организме, активизирует резистентность организма, повышает иммунитет и рано устраняет клинические признаки заболевания.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ
САЛЬПИНГИТА У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ.**

*Турсункулова Х.О, Тиббий педагогика ва даволаш факультети, 506-гурух тиббий
педагогика йўналиши*

Илмий раҳбар: асс.Ищенко И.В.

ТошПТИ, Акушерство и гинекология, детская гинекология кафедраси

Долзарблиги. Одним из распространенных заболеваний женской половой системы является сальпингит, который может вызываться бактериальными или вирусными инфекциями. Сальпингит - это воспалительное заболевание маточных труб. Сальпингиты представляют значительную опасность для репродуктивного здоровья женского организма. Каждая четвертая женщина, перенесшая воспалительные процессы в придатках матки, имеет в дальнейшем проблемы с зачатием ребенка.

Мақсад. Выявить насколько чаще встречается сальпингит у девочек и девушек-подростков.

Материал ва услублар: Нами было обследовано 95 девочек - подростков с клиническими признаками сальпингита неспецифической этиологии. Проведенное исследование выявило различный преморбидный фон у обследованных. Обследованные девочки были разделены на 2 группы:

I группа - больные сальпингитом как следствие перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза;

II группа - больные сальпингитом, как следствие перенесших воспалительных заболеваний органов малого таза.

Хронический воспалительный процесс в придатках матки может протекать подостро и хронически. Подострое течение патологического процесса характерно тем, что клиническая картина во многом сходна с атипичным течением приступа аппендицита, холецистита, кишечной колики и т.д. Хроническая форма сальпингита характеризуется стертой клинической картиной. Наиболее информативным методом диагностики больных девочек и девушек-подростков на различных стадиях сальпингита является лапароскопия. Выявлена корреляция между иммуннобиохимической активностью лимфоцитов и преморбидным фоном больных сальпингитом. Это позволяет прогнозировать эффективность проведенного лечения. Терапия сальпингита на разных стадиях должна быть комплексной с включением преформированных физических факторов, витаминотерапии, десенсибилизирующих препаратов, при подостром течении – с включением антибактериальной терапии. Необходимо проведение 2-3 курсов такого лечения.

Хулосалар. Подростки, перенесшие сальпингит относятся к группе риска по возникновению перитонеального и трубного бесплодия в репродуктивном возрасте и подлежат диспансерному наблюдению до окончания пубертата с активной передачей гинекологу в периоде половой зрелости.

**САЛЬПИНГИТ У ДЕВОЧЕК. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ
ТЕРАПИИ.**

Турсункулова Х.О.

Ищенко И.В.

Актуальность. Одним из распространенных заболеваний женской половой системы является сальпингит, который может вызываться бактериальными или вирусными инфекциями. Сальпингит - это воспалительное заболевание маточных труб. Сальпингиты представляют значительную опасность для репродуктивного

здоровья женского организма. Каждая четвертая женщина, перенесшая воспалительные процессы в придатках матки, имеет в дальнейшем проблемы с зачатием ребенка.

Материалы и методы. Нами было обследовано 95 девочек - подростков с клиническими признаками сальпингита неспецифической этиологии. Проведенное исследование выявило различный преморбидный фон у обследованных. Обследованные девочки были разделены на 2 группы:

I группа - больные сальпингитом как следствие перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза;

II группа - больные сальпингитом, как следствие перенесших воспалительных заболеваний органов малого таза.

Хронический воспалительный процесс в придатках матки может протекать подостро и хронически. Подострое течение патологического процесса характерно тем, что клиническая картина во многом сходна с атипичным течением приступа аппендицита, холецистита, кишечной колики и т.д. Хроническая форма сальпингита характеризуется стертой клинической картиной. Наиболее информативным методом диагностики больных девочек и девушек-подростков на различных стадиях сальпингита является лапароскопия. Выявлена корреляция между иммуннобиохимической активностью лимфоцитов и преморбидным фоном больных сальпингитом. Это позволяет прогнозировать эффективность проведенного лечения. Терапия сальпингита на разных стадиях должна быть комплексной с включением преформированных физических факторов, витаминотерапии, десенсибилизирующих препаратов, при подостром течении – с включением антибактериальной терапии. Необходимо проведение 2-3 курсов такого лечения.

Выводы. Подростки, перенесшие сальпингит относятся к группе риска по возникновению перитонеального и трубного бесплодия в репродуктивном возрасте и подлежат диспансерному наблюдению до окончания пубертата с активной передачей гинекологу в периоде половой зрелости.

ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Турсунов.Х.З., Коньчев.Д.В.

*Ташкентская медицинская академия, Республиканский
патологоанатомический центр*

На сегодняшний день отмечается рост распространенности и выявляемости врожденных пороков сердца, в связи с чем, данная проблема остается в центре внимания мирового и отечественного здравоохранения. Врожденные пороки сердца встречаются примерно у 1% всех живорожденных детей, при этом сложные пороки сердца составляют около 50% случаев. Хирургическое лечение врожденных пороков сердца представляет собой большой, сложный, активно изучаемый в последние годы, но до конца не изученный раздел кардиохирургии.

Цель исследования. Целью исследования является изучить частоту и анатомические виды врожденных пороков сердца после хирургического лечения у детей по данным Республиканского патологоанатомического центра.

Материал и методы. Проведен анализ 788 детских аутопсий, поступивших в Республиканский патологоанатомический центр за период 2018-2021 гг. Патологоанатомические вскрытия производили методом Абрикосова. Все препараты подлежали гистологическому исследованию. После фиксации в 10 % растворе нейтрального формалина и соответствующей процедуры проводки, заключали в парафиновые блоки, из которых готовили серийные срезы на микротоме в режиме подачи ножа 3-5 мкм и окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. При анализе аутопсийного материала выявлено 233 случая (29,5%) детей с врожденными пороками сердца, которым было произведено хирургическое вмешательство с целью коррекции порока. Для детального изучения была выбрана одна из частных клиник г. Ташкента, из которой поступило 173 случая (21,9%). Среди умерших было 96 мальчиков и 77 девочки. По месту жительства 12 случаев (6,93%) составили жители города, 161 случай (93,07%) – жители села. Летальные исходы в возрасте до 1 месяца в 2 случаях (1,1%), 1-3 месяца – в 41 случае (23,7%), 3-6 месяцев – в 30 случаях (17,3%), от 6 месяцев до 1 года – в 43 случаях (24,8%), от 1 года до 3 лет – в 38 случаях (21,96%), старше 3 лет – в 19 случаях (10,98%). По анатомическим видам пороков встречались септальные дефекты, дуктус-зависимые, конотрункальные пороки. Все случаи врожденных пороков сердца были разделены на 2 группы: изолированные и сочетанные пороки сердца. В 1-й группе выявлено 38 случая (21,96%), во 2-й группе – 135 случаев (78,03%). В группе изолированных пороков наблюдались следующие виды врожденных пороков сердца: дефект межжелудочковой перегородки – в 10 случаях, дефект межпредсердной перегородки – 3 случая, транспозиция магистральных сосудов – 1 случай, тотальный аномальный дренаж легочных вен – 6 случаев, полная форма общего атрио-вентрикулярного канала – 6 случаев, неполная форма общего атрио-вентрикулярного канала – 1 случай, аномалия Эбштейна – 2 случая, коарктация аорты – 1 случай, двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка – 5 случаев, критический стеноз легочной артерии – 1 случай, аорто-легочное окно – 1 случай, врожденная митральная недостаточность – в 1 случае. Во 2-й группе наблюдались следующие виды комбинированных и сочетанных врожденных пороков сердца: тетрада Фалло – в 31 случае, транспозиция магистральных сосудов с различными сочетаниями – 26 случаев, дефект межпредсердной перегородки и межжелудочковой перегородки – 3 случая, сочетание дефекта межжелудочковой перегородки с другими пороками – 32 случая, двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка с сочетаниями – 7 случаев, полная форма общего атрио-вентрикулярного канала с различными сочетаниями – 9 случаев, тотальный аномальный дренаж легочных вен с сочетаниями – 6 случаев; другие сочетания различных пороков сердца – 21 случай

Выводы. Таким образом, по данным Республиканского патологоанатомического центра, врожденные пороки сердца встречаются в 29,5% детских случаев аутопсий, больше у мальчиков, возрасте от года до 3 лет, чаще в семьях жителей села. В большинстве случаев (78,03%) наблюдались сложные комбинированные и сочетанные пороки сердца. Среди изолированных пороков самыми частыми являлись септальные дефекты. В числе комбинированных и сочетанных пороков сердца наибольшую долю занимали такие пороки, как тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов и дефект межжелудочковой перегородки с различными сочетаниями.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ.

Тухтаназарова Н.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

Острые кишечные инфекции являются одной из важнейших проблем детской инфектологии и представляют актуальность как для медицинской науки, так и для практического здравоохранения. Повсеместная распространенность, отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ставят их в категорию наиболее значимых инфекционных болезней. Особенно актуальной становится эта проблема у детей первых месяцев жизни в силу незрелости основных механизмов противоинфекционной защиты. Грудное вскармливание – оптимальный путь

предотвратить диарею или уменьшить выраженность клинических симптомов, однако и у данной категории не исключается возможность развития ОКИ и их осложнений.

Учитывая актуальность проблемы, целью исследования было изучение этиологической структуры и клинические особенности острых инвазивных диарей у детей первых 6 месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 67 больных с острой инфекционной диареей. Были отобраны дети в возрасте от 1 до 6 месяцев, был инвазивный характер ОКИ, первые 1-2 дня от начала заболевания, полностью грудное вскармливание без введения продуктов прикорма. Бактериологическое исследование испражнений на кишечную группу проводили в день поступления в стационар.

Результаты и их обсуждение. Для изучения частоты острых инфекционных диарей у детей первого года жизни был проведен анализ возрастной структуры госпитализированных в Андижанскую областную инфекционную больницу за последние 5 лет. Количество детей первого года жизни составила в среднем $26,8 \pm 3,6\%$. Максимальная заболеваемость регистрировалась в возрасте 7-9 месяцев. Удельный вес детей первых 6 месяцев составил $8,7 \pm 4,7\%$ от всех госпитализированных, при этом мальчики и девочки болели одинаково часто ($48,7 \pm 1,5$ и $51,3 \pm 1,5\%$, $p > 0,05$).

При оценке анамнеза установлено, что у большинства заболевание протекало на неблагоприятном преморбидном фоне. Так, у большинства женщин беременность протекала на фоне угрозы прерывания и токсикоза ($28,3$ и $71,6\%$), $1/3$ из них ($35,8\%$) перенесли ОРВИ. $47,8\%$ имели хронические заболевания мочевыводящей системы и другие очаги инфекции.

Установлено, что $2/3$ наблюдаемых имело патологию в виде анемии ($46,3\%$), пищевой аллергии ($28,3\%$), дисбактериоза кишечника ($20,8\%$). До момента заболевания у большинства детей отмечались кишечные колики ($40,3\%$), ОРВИ перенесли $14,9\%$. Таким образом, большинство госпитализированных детей имело сочетание от 2 до 4 отягощающих факторов, что оказывало негативное влияние на состояние противоинфекционной резистентности.

При бактериологическом исследовании испражнений этиология инвазивной диареи была верифицирована в $76,1\%$ случаев. Так, сальмонеллы и шигеллы были выделены из испражнений у 5 и 4 детей соответственно ($7,5$ и 6%), патогенные эшерихии у 19 ($28,9\%$), условно-патогенные микроорганизмы у 23 ($34,3\%$), в $23,9\%$ наблюдений этиологию ОКИ установить не удалось.

Таким образом, изучение этиологии ОКИ показало, что удельный вес облигатных возбудителей при инвазивном типе диареи и данной возрастной группе был значительным - $41,8\%$.

При анализе клинической картины было установлено, что в большинстве наблюдений заболевание протекало по типу энтероколита ($77,65$), реже гастроэнтероколита ($22,4\%$). Преобладали среднетяжелые формы с доминированием таких симптомов как вялость, бледность, отказ от еды при умеренной температурной реакции. Частота стула составляла в первые дни болезни 7-12 раз в сутки с нормализацией через 8-9 дней. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $10,3 \pm 1,8$ дня.

Проведенное исследование показало присутствие вирусных антигенов в кале 19 детей, что составило $28,3\%$. Анализ бактериально-вирусных сочетаний показал, что в $78,9\%$ случаев это были условно-патогенные, в $21,1\%$ - облигатно-патогенные микроорганизмы.

Вывод: Таким образом, полученные данные показали, что у детей первых шести месяцев жизни даже при полном грудном вскармливании возможно развитие инвазивной диареи, вызванной как патогенными, так и условно-патогенными микроорганизмами. При этом в 28% случаев даже при инвазивном типе диареи в

кишечнике детей обнаруживаются вирусные патогены, которые могут утяжелять заболевание и увеличивать частоту возникновения вторичной лактозной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ 1-го ГОДА ЖИЗНИ

Н.С.Тухтаназарова
Андижанский Государственный медицинский институт

Несмотря на более легкое течение болезни, коклюш и в настоящее время сохраняет свои основные клинические особенности и остается для детей в возрасте до 1 года (и особенно первого полугодия) тяжелым заболеванием.

Невосприимчивость к коклюшу не передается от матери к ребенку; транспланцентарно переносимые антитела сохраняется у ребенка не более 4-6 нед. и даже, несмотря на их наличие, дети в первые дни жизни могут заболеть коклюшем.

После активной иммунизации во всех странах и в Узбекистане отмечается значительное снижение заболеваемости коклюшем. Однако снижение заболеваемости коклюшем в разных возрастных группах происходит неравномерно. В последние десятилетия многие авторы обращают внимание на то обстоятельство, что наиболее высокий показатель заболеваемости наблюдения среди детей в возрасте до 1 года. Такое положение, по-видимому, можно объяснить тем, что детей в возрасте до 1 года удается иммунизировать против коклюша лишь в 40% случаев.

В соответствии с целями настоящих исследований были обследованы 22 ребенка первого года жизни больных коклюшем (основная группа), контрольную группу составили 20 детей старше 1 года с таким же диагнозом.

Материалы и методы исследования : Больные наблюдались и обследовались в воздушно-капельном отделении Андижанской областной клинической инфекционной больницы.

Результаты и их обсуждение : Изучение клинической картины показали, что коклюш у детей самого раннего возраста имели ряд особенностей, которые тем отчетливее выражены, чем моложе ребенок. Это касается спазматического кашля, который у детей в первые месяцы после рождения (9 детей) не имели характерных черт (реприз) и состояли из приступов коротких, но навязчивых кашлевых толчков, сопровождающихся цианозом и задержками, а иногда и настоящими остановками дыхания, различной длительности. Вслед за наступающей асфиксией возникали судороги с последующим развитием энцефалопатии. В одних случаях (у 11) дыхательные движения восстанавливались самостоятельно, в других (у 5), более тяжелых, ребенку потребовалась немедленная помощь (искусственное дыхание, кислород). Частота апноэ в это возраста составляло 68,2%. У детей в первые месяцы после рождения (у 9 - 40, $9 \pm 1,2\%$), инкубационный и катаральный периоды коклюша были редуцированы до 3-5 дней, а спазматический период удлинялся до 50-60 дней. Течение болезни у детей этого возраста отличалось длительностью и волнообразностью и чаще осложнялось поражением легких и центральной нервной системы. Частота пневмонии в этом возрасте составило $63,6 \pm 1,1\%$ случаев. В этом возрасте чаще ($P < 0,001$) наблюдались тяжелые ($36,4 \pm 1,2\%$) и среднетяжелые ($63,6 \pm 1,8\%$) формы болезни, чем у детей более старшего возраста (соотв. $10,0 \pm 1,3$ и $40,0 \pm 1,2\%$).

Судороги возникали у 10 детей ($4,5 \pm 1,1\%$), потеря сознания у 6 ($27,2 \pm 1,3\%$).

Типичные для коклюша гематологические сдвиги у детей раннего возраста наблюдались нередко: лейкоцитоз, а в начале спазматического периода отметили у $50,5 \pm 1,4\%$ больных, а лимфоцитоз – у $81,1 \pm 1,4\%$.

Отражением облегчения тяжести современного коклюша является неуклонное снижение летальности, который в наших наблюдениях составил лишь 0,4% а в более старшем возрасте в последние годы не регистрировалась.

Вывод : Таким образом, коклюш у детей 1 года жизни несмотря на снижение летальности, остается чрезвычайно актуальным из-за тяжести течения. Это объясняется особой чувствительностью этого возраста к кислородному голоданию, особенно мозга, что и проявляется признаками энцефалопатии.

HOMILADOR AYOLLARDA OIV-INFEKSIYASINING TIBBIY VA IJTIMOY MUAMMOSI

Kalniyazova I.B., Niyazova G.T.

*Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi,
Qoraqalpog'iston Respublikasi OITSGa qarshi kurash markazi*

Dolzarlighi: Keyingi yillarda O'zbekiston Respublikasida yuqumli kasalliklar bilan kurashda katta yutuqlarga erishildi. Ammo OIV/OITS infeksiyasining homilador ayollar orasida tarqalishi muammosining perinatal transmissiyaga ta'sirini kuchaytirmoqda. OIV-infeksiyasi bilan kasallangan ayollarning aksariyati faol reproduktiv yoshdagi ayollar bo'lib, OIV yuqqan onalardan go'daklarga homiladorlik davrida (yo'ldosh orqali), tug'ish jarayonida (onaning qoni orqali) yoki ko'krak bilan emizish davrida (ona suti orqali) virusning o'tishini kamaytirish asosiy vazifa hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: homilador ayollarda OIV-infeksiyasining tibbiy va ijtimoiy muammosini o'rganish.

Tadqiqot material va uslublari: Qoraqalpog'iston Respublikasi OITSGa qarshi kurashish markazining 2020-2021 yillardagi rasmiy ma'lumotlari va hisobot shakllari, epidemiologik va statistik uslublar.

Tadqiqot natijalariga ko'ra 2020-yil Qoraqalpog'iston Respublikasida OIV infeksiyasi bilan kasallanish ko'rsatkichi (100 ming aholi soniga nisbatan intensiv ko'rsatkich) 4,4 tashkil etgan bo'lsa, 2021 yil ushbu ko'rsatkich – 5,1 ni tashkil etgan. 2020yil Qoraqalpog'iston Respublikasi tumanlari kesimida homiladorlar o'rtasida OIV infeksiyasi bilan kasallanish holatlarining tahlili natijalariga ko'ra eng yuqori ko'rsatkich (100 ming aholi soniga nisbatan) Beruniy (16,5), To'rtko'l tumani (7,0) va Ellikqal'a tumanlariga (4,4), keyingi o'rinda Taxiatosh va Xo'jayli tumanlari (4,1), Amudaryo (3,5), Chimboy (2,7), Nukus shahri (2,5), Qo'ng'iro't (1,5) ni tashkil etgan va eng past ko'rsatkich Taxtako'pir tumaniga (0,9) to'g'ri kelganligi aniqlangan.

2021-yil davomida tumanlar kesimida o'tkazilgan tahlil natijalariga ko'ra eng yuqori ko'rsatkich (100 ming aholi soniga) nisbatan To'rtko'l (15,5), Beruniy tumani (9,8) va Xo'jayli (6,6), Ellikqal'a (4,4), Nukus shahri (4,3) ga, keyingi o'rinda Chimboy va Kegeyli (2,8), Amudaryo (2,5), Qonliko'l (2,0), Qo'ng'iro't (1,5), eng past ko'rsatkich Taxiatosh tumaniga (1,3) to'g'ri kelganligi aniqlangan.

2020-2021 yillarda Mo'ynoq, Taxtako'pir, Shumanoy, Qorauzyak va Bo'zatov tumanlarida kasallanish holatlari aniqlanmagan.

Oxirgi yillarda Qoraqalpog'iston Respublikasida ham OIV-infeksiyasi bilan kasallanishning jinsiy yo'l bilan yuqishi ortib borishi kuzatilmoqda. 2020 yilda ro'yxatga olingan holatdan 85,5% ni jinsiy yo'l orqali yuqish, 3,6% ni parenteral yo'l orqali yuqish, 4,8% ni yuqish yo'li noaniq bo'lib, vertikal yo'l orqali yuqish aniqlanmagan. 2021-yilda esa 84,7% ni jinsiy yo'l orqali yuqish, 8,2% ni parenteral yo'l orqali yuqish, 2,0% ni yuqish yo'li noaniq bo'lib, 1% vertikal yo'l orqali yuqish holatlari aniqlangan. Ijtimoiy holati bo'yicha bu jarayonlar mehnat migratsiyasiga bog'liqligi aniqlandi. Chunki mamlakatdan chiqib ketgandan keyin hulq atvori bo'yicha ijtimoiy nazorat keskin kamayadi. Ulardagi odatiy bo'lib qolgan ahloqni o'zgartirish

esa, yanada mushkul. Bu holat, OIV-infeksiyasiga qarshi tadbirlarni, ayniqsa kasallik yuqishi xavfi yuqori bo‘lgan guruhlariga mo‘ljallangan tadbirlarning ko‘lamini kengaytirish, ilmiy asoslangan yuqori samarali yo‘nalishlarni ishlab chiqish va amaliyotga tadbir qilishni taqozo etadi.

2020-yilda OIV-infeksiya bilan kasallangan va nazoratga olingan bemorlarning 57,9% ni erkaklar, 42,1% ni ayollar tashkil qilgan bo‘lsa, 2021-yilda 58,1% ni erkaklar (shundan 1,4% ni 18 yoshgacha bo‘lgan o‘g‘il bolalar), 41,9% ni ayollar (shundan 2,2%ni 18 yoshgacha bo‘lgan qiz bolalar) tashkil qilganligi aniqlangan. OIV-infeksiyasi aniqlangan shaxslarning aksariyati faol yoshdagi mehnatga qobilyatli yoshdagi aholiga to‘g‘ri keladi.

2020-yilda OIV infeksiyasi yangi aniqlangan homilador ayollar 5,9% ni tashkil etgan bo‘lsa, bu ko‘rsatkich 2021-yilga kelib 9,1% ga oshgan.

2020 yilda jami OIVga 39892 nafar kontingent homilador ayollar, 2021-yilda esa 42910 nafar homilador ayollar tekshirilgan.

Xulosa: 2020-yil Qoraqalpog‘iston Respublikasi tumanlari kesimida homiladorlar o‘rtasida OIV infeksiyasi bilan kasallanish holatlarining tahlili natijalariga ko‘ra eng yuqori ko‘rsatkich Beruniy tumaniga, 2021-yilda esa To‘rtko‘l tumaniga to‘g‘ri kelgan. Oxirgi yillarda OIV-infeksiyasi bilan kasallanishning jinsiy yo‘l bilan yuqishi ortib borishi kuzatilmoqda. 2020-yilda OIV infeksiyasi yangi aniqlangan homilador ayollar 5,9% ni tashkil etgan bo‘lsa, bu ko‘rsatkich 2021-yilga kelib 9,1% ga oshgan.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ НАРЯДУ С ЛУЧЕВЫМИ МЕТОДАМИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Умаров.Р.И., Тилавов.У.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на научные и практические успехи последних десятилетий, инвагинация кишечника в детской практике по-прежнему представляет собой медико-социальную проблему, что обусловлено как частотой поражения детского населения, так и тяжестью возможных осложнений.

Цель. Оценить общеклинические данные наряду с лучевыми методами диагностики при инвагинациях кишечника у детей.

Материалы и методы. Нами были обследованы 15 (9 (60%) мальчиков, 7 (40%) девочек) детей за 2020-2022 гг. с подозрением инвагинации кишечника в клинике ТашПМИ. У всех обследованных детей с абдоминальным синдромом и подозрением на кишечную инвагинацию было проведено рентгенологические и ультразвуковые исследования. Средний возраст составил больных $6,9 \pm 2,1$ месяца (минимальный – 2 мес., максимальный – 12 мес.). В первые 6 часов от начала заболевания в клинику поступили 53,3%, от 6 до 24 часов – 13,3%, от 24-48 часов 20,0%, свыше двух суток – 13,3% больных.

Результаты. При поступлении родители смогли связать начало заболевания с причинным фактором только у 8 (53,3%) детей. В качестве причины родители указывали на погрешности в питании введение прикорма – 3 (20,0%) случаев. На фоне острой респираторной вирусной инфекции ИК возникла у 2 (13,3%) детей, а у одного (6,7%) пациентов был инфекционный гастроэнтероколит. При клиническом обследовании в стационаре обнаружено значительное число детей с признаками мезаденопатии – 4 (26,7%).

Рвота наблюдалась у 50% больных, из них у 45% она была однократной, что свидетельствует о рефлекторном ее характере. Появление крови в стуле отмечено только в 11,3% случаях. При поступлении из 15 больных у 6 (40,0%) наблюдались кровянистые выделения из прямой кишки, из них у 5 (33,3%) ребенка до года и только

у 4 (27,7%) в возрасте старше года. Наиболее частый признак инвагинации у детей - пальпируемое мягкоэластичное болезненное образование в брюшной полости. Данный симптом выявлен у 6 (40,0%) детей. У пациентов в возрасте до года (10-66,7%) инвагинат располагался в правом подреберье, над пупком или в левом подреберье. Тогда как у детей старше года (5-33,3%) инвагинат пальпировался преимущественно в правой подвздошной области и правом подреберье.

При комплексной ультразвуковой диагностики нами были выявлены основные признаки инвагинации кишечника в виде «мишени» и «псевдопочки». Для оценки сохранности кровотока в инвагинате была проведена ЦДК у всех больных данной группы (n=15), показали сохранение кровотока у 8 (53,3%) детей и снижение у 5 (33,3%) в стенке ущемленной кишки и полное отсутствие кровотока при ЦДК у 2 (13,3%) пациентов. При рентгенографии нами были выявлены косвенные признаки инвагинации: отсутствие газа в толстой кишке, гомогенную тень, обусловленную инвагинатом, несколько раздутых газом петель тонкой кишки с единичными горизонтальными уровнями жидкости. При ирригографии у детей в зависимости от локализации инвагинации определялось дефект наполнения контрастного вещества. Инвагинат визуализировался как гомогенная тень.

Вывод. Комплексный подход для ранней диагностики инвагинаций кишечника у детей в критерии которых включены данные объективного осмотра, лабораторные показатели, рентгенологические и эхографические признаки (симптом «мишени», «псевдопочки», наличие или отсутствие кровотока в инвагинате и др.) обеспечивают выбора правильных лечебных мероприятий.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ПО ИЗОСЕКСУАЛЬНОМУ ТИПУ У ДЕВОЧЕК

*Умарова А.Б кизи., Арипова Ф.С.
ТашПМИ*

Актуальность и цель: Значительное расширение диагностических возможностей в современных условиях создало предпосылки для качественно нового подхода к пониманию вопросов, связанных с различными вариантами клинического течения преждевременного полового созревания (ППС) по изосексуальному типу у девочек. Диагностические ошибки часто возникают в связи с неоднородностью клинических проявлений ППС, значительными колебаниями возрастных параметров, а также вариабельностью показателей, получаемых при дополнительных методах исследования. Целью исследования явилась разработка клинической классификации и выявление простейших и четких критериев дифференциальной диагностики различных форм ППС по изосексуальному типу у девочек.

Материалы и методы: Проведено комплексное динамическое обследование 137 девочек, у которых вторичные половые признаки появились в возрасте до 8 лет. Результаты ближайших и отдаленных наблюдений получены у 75 из них.

Результаты и обсуждение: При центральном генезе заболевания выделены следующие формы: «транзиторное» и «раннее» телархе, полная форма ППС с двумя вариантами клинического течения, а при яичниковом генезе – транзиторная форма и феминизирующая опухоль яичника.

Выводы: Проведенная работа позволяет практическому врачу быстро и четко ориентироваться в многообразных проявлениях ППС и своевременно определить тактику ведения пациенток.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинской 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.

Цель. Изучить ранние симптомы и лабораторные показатели ЖДА у детей школьного возраста.

Результаты. Обследованы 200 детей в возрасте от 5 до 10 лет. В результате проведенного анализа было выявлено, что у 80% обследованных детей низкие показатели красной части крови, у 87,6% выявлена легкая степень, а у 10% случаев средней степени тяжести ЖДА, в большинстве случаев у девочек. Одним из симптомов анемии установлена усталость (82%), слабость (74%), бледность кожных покровов (84,7%), снижение аппетита (80%), извращенный вкус (8%), снижение успеваемости в школе (38%), низкая масса тела детей (30%).

Вывод. Таким образом, результаты исследования показали, что ЖДА не только сопровождается снижением показателей крови, но и влияет на физическое, психомоторное развитие детей школьного возраста.

Учитывая данную ситуацию, считаем необходимым проведение массовой профилактики и лечения ЖДА у детей школьного и дошкольного возраста по Ферганской долине.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ

Умарова М.А.

Андижанский государственный медицинской институт

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

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

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

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

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК ОПЕРАТИВНОЙ
КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
(ВДГК) У ДЕТЕЙ.**

Уралбоев И.Э. Хамдамов М.М.

*Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр,
Узбекистан.*

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) сложный порок развития, встречающийся с частотой 1-2 на 1000 новорожденных. ВДГК сопровождается выраженными кардиопульмональными симптомами, нарушением физического развития и психологического состояния.

На сегодняшний день существует несколько методик оперативной коррекции ВДГК. Однако определенный процент неудовлетворительных результатов коррекции, а также рецидивов ВДГК по-прежнему существует.

Цель исследования. Оценить эффективность различных оперативных методик коррекции ВДГК у детей.

Материал и методы исследования. За период с 2016 по 2022 гг. в отделении детской ортопедии ОДММЦ хирургическая коррекция ВДГК была проведена 391 больным в возрасте от 4 до 23 лет. Из них мальчиков 273 (69.8%), девочек 118 (30.2%).

Всех больных мы разделили на две группы, в зависимости от выбранной тактики оперативного лечения:

I группу составили пациенты, которым была проведена мини инвазивная коррекция по Нассу -187(48.0%) больных.

Пациентам II группы проведена мини инвазивная коррекция по методике, предложенной доктором Hyung Joo Park (Южная Корея 2009г)- 202(51.5%) больных.

Открытым методом по Равичу были прооперированы -2(0.5%) больных.

К больным I группы применялась классификация Кондрашина 1968 г. Показанием к операции у больных I группы явились II и III степень ВДГК. Всем больным I группы была проведена малоинвазивная операция по Нассу.

Показаниями к операции у больных II группы явились значения индекса Галлера более-3,2. Подход к операции во II группе был дифференцированным и зависел от морфологической формы и от типа ВДГК согласно классификации Hyung Joo Park (2009г):

Пациенты I-группа деформации отмечался симметричная у 102(26.1%) и асимметричная у 85(22,0%) больных и оперативно устанавливалась по НАСС: симметричные пластины 122(31,2%) и асимметричные пластины у 65(17,0%) больным.

Пациенты II -группа деформации отмечался у 202(51.5%) больных. Из них симметричный 124(32,5%) и асимметричный деформации отмечался у 78(20.0%) больных.

Больным с этим типом деформации, устанавливались:

симметричный один пластина 57(15,0%);

параллельный-41(10,5%) больных;

перекрест двух пластин - 26(6,6%);

асимметричный один пластина- 17(4,3%);

чайка образная один пластина - 25(6.3%)

параллельная чайка образная один пластина - 2(0,5%);

перекрест двух чайка образных пластин - 28(7.2%);

XI чайка образная пластина - 6(1,5%) больным;

Результаты:

В I группе больных через 26-32 месяца после операции результат был получен «хороший» у 135(34.5%) и «удовлетворительная» у 45(11.5%) больных; У 7(1.8%) отмечались осложнения оперативной коррекции. Из них: у 4(1.0 %) отмечалась ротация пластины, у 1(0,3%) гиперкоррекция, у 2(0.5%) выявлено отхождение фиксирующей проволоки.

Во II группе после мини инвазивной коррекции по Парк у 189(48,3%) больных отмечался «хороший», у 11(2,8%) больных наблюдались «удовлетворительные» результаты.

Неудовлетворительные результаты наблюдались у 2(0.5%) больных. Из них: у 1(1,3%) отмечалась асимметрия через 4 месяца, у 1(0,2%) миграция гайки.

В этих наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом.

Показателями удовлетворительного результата являлись нормализация объема дыхания, данных Эхо КГ и ЭКГ и удовлетворительная степень коррекции косметического дефекта.

Заключение. Таким образом, анализ результатов показал, что применение методики доктора Hyung Joo Park (Южная Корея) для коррекции ВДГК в детском возрасте является более эффективной, в сравнении с ранее применяемой нами методикой.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

¹Уринбаев П.У., ²Норбадалов Ф.Х., ²Маматов У.Ж.

¹Самаркандский Государственный медицинский университет, ²Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии. г.Самарканд.

Актуальность: Среди методов лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей одной из распространенной методикой является закрытая репозиция костных фрагментов. Однако, процент неудач при ней достаточно велик, иногда достигает до 35%. Некоторым автором после ручной репозиции удалось получить в 25% случаев положительных результатов. Имеется данные о том, что наиболее часто безуспешные результаты закрытой репозиции - 78% имели место у детей со смещением дистального отломка в локтевую сторону.

Цель работы: описание самых частых направлений смещений дистального отломка чрезмыщелковых переломов плечевой кости. Описание результатов лечения нами применяемой методики закрытой репозиции с последующим дистракционным остеосинтезом.

Материалы и методы: Наше сообщение основано на анализе результатов лечения у 61 детей, лечившиеся за 2021 г. Мальчиков было 42 (69%), девочек – 19 (31%). По возрасту больные распределялись: до 4г-16 (26%) от 5 до 8 л.-28 (46%) от 9 до 17л.-17 (28%) детей. Дети поступили в стационар от 1 до 7 дней после получения травмы.

Наш анализ частоты и направления смещения дистального отломка показало, что смещение дистального отломка чаще всего имело направление в ульнарную сторону -ульнарное смещение – у 67% детей, смещение кзади-49%, ротационное смещение - 45%, аддукционно-угловой у 44% детей.

Нами применяющаяся методика закрытой ручной репозиции основана на изучение направления смещение дистального отломка, на изучение частоты направления смещение дистального отломка, на понятия плоскости смещения отломков чрезмыщелкового перелома, на дополнительные рентгенологические признаки ротации

дистального отломка, на основании понятие среднего ротационного физиологического состояние руки.

Ротационное смещение дистального отломка определяется в боковой проекции рентгенографии локтевого сустава по выступающему краю центрального отломка. Следующий рентгенологический признак: в переднее задней проекции дистальный отломок имеет обычный рисунок, характерный для здорового сустава, а проксимальный отломок уже, чем обычный. Третий рентгенологический признак: на переднее-задней проекции рентгенограммы с радиальной стороны перерыва кортикального слоя незаметно, с ульнарной стороны конец центрального отломка наслаивается на дистальный, и аддукция дистального отломка.

Методика закрытой репозиции основана на научном анализе патогенеза смещений дистального отломка, включающей мысли о роли возникновения смещения дистального отломка в силу положения предплечья, прижатое к груди ребенка; о роли спазма двусуставных мышц (*m.biceps*, *m.triceps*, *m.brachi*), о роли удержании центрального отломка в определенном положении среднефизиологической ротации мышцами ротаторами проксимального конца плеча.

Методика закрытой репозиции. Обезболивание общее. Положение ребенка лежащее на спине, плечо придается вертикальное положение, рука сгибается под углом 90°, тракцией по оси устраняется смещение по длине, для сопоставления ротационной оси дистального отломка к ротационной оси проксимального отломка, дистальный отломок ротруется наружу, при этом продольная ось предплечья расположенного спереди груди, пересекает противоположной ключицы, в области ее средней трети, чем учитывается среднефизиологическая ротация плеча. Помощник не ослабляет тракцию по оси, врач пальцами выводит дистального отломка из ульнарного смещения, аддукционно-углового смещения, ориентируюсь на среднее положение локтевого отростка, восстановления треугольника Гютера. Осуществляется distractionный остеосинтез. Аппарат собран из двух полуколец аппарата Илизарова, спицы проводятся через метафизлоктевого отростка и средней трети плеча во фронтальной плоскости; в аппарате даётся distraction.

В нашей методике лечения мы придаём большое значение distraction и удерживанию отломков в достигнутом distractionном состоянии.

Методом предупреждается угловой аддукционное – варусное смещение отломков, что является профилактикой *cubitusvarus*.

Выводы. Наш анализ показал что, у 77,2% больных был достигнут отличные результаты. У 7,5% детей мы получили «хорошие» результаты. У 2,8% удовлетворительные, неудовлетворительных результатов не было.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЮНОШЕСКОМ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Уринбаев П.У., Амонов Г.Т., Саъдуллаев А.А.

*Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-медицинского центра травматологии и ортопедии, г. Самарканд.*

Актуальность. Заболевание встречается с частотой 4-5 случаев на 100 000 населения, а пациенты с ЮЭГБК составляют 0,5—5% количества детей с ортопедической патологией. Соотношение лиц мужского и женского пола — 3:2. У девочек заболевание начинается чаще в возрасте 11—12 лет, у мальчиков — в 13—14 лет, что совпадает с началом полового созревания. Однако ЮЭГБК может произойти даже в 5-летнем возрасте у девочек и в 7-летнем у мальчиков. Относительно преимущественного поражения правого или левого тазобедренного сустава мнения

расходятся. Двустороннее поражение отмечается у 20% больных. Второй сустав поражается в среднем через 10—12 мес. после появления признаков заболевания первого сустава.

Цель исследования: Изучить и описать результаты перкутанного остеосинтеза юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости у детей.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились на лечении 20 больных детей с ЮЭГБК, за период 2018-2022 годы. По возрасту больных распределяли следующим образом: до 12 лет – 2 больные, 12-14 лет – 14 больных, старше 14 лет – 4 больные; 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.

Лечения больных состоит из следующих этапов: первый этап репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении. В нашей практике в среднем за 7-10 дней смещенный эпифиз сопоставляется; второй этап выполнение перкутанного металлоостеосинтеза. Для выполнения техники перкутанного остеосинтеза необходимо будет знать: расположение головки, шейки на основе ориентиров – передней верхней оси подвздошной кости, симфиза, проекции пупартовой связки, пульсации бедренной артерии.

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 15-20° 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. Ходить при помощи костылей на 6 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, массаж после удаления спиц (4-5 месяцев спустя после операции).

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. Результаты лечения больных у 18 больных получены положительные, хорошие результаты. У одного 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: 1. Применение скелетного вытяжения с целью вправление головки бедренной кости у больных детей в наших наблюдениях 89,1% случаях обеспечило вправление эпифиза, 10,9% больных состояние отломков улучшилось, у 1/3 больных наблюдалось ухудшение состояние сопоставленных отломков в периоде гипсовой иммобилизации.

2. Открытое вправление головки бедра у больных с ЮЭГБК чревато опасностями в виде осложнения развитие ишемии головки бедра, подвертельная коррегирующая остеотомия способствует к положительным результатам.

3. Метод лечения репозиция ЮЭГБК на скелетном вытяжении и перкутанный остеосинтез обеспечивает лучшие положительные результаты у 88,8% больных. У единичных больных возможно расстройство питания головки бедренной кости.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Уринова.Д.Б, Асранкулова.Д.Б

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Наиболее характерными проявлениями активности пептидов СМП являются нарушения функций биологических мембран. Изменяя структурно-функциональные характеристики клеточных мембран, пептиды оказывают ингибирующее действие также и на функционирование системы гемостаза. Поэтому для характеристики выделенных пептидных фракций мы исследовали их действие на систему свертывания крови и биологические мембраны.

Цель исследования: Изучение и определение роли эндогенных пептидных токсинов в развитии коагулопатий при преэклампсии.

Результаты: На состояние системы свертывания крови, если ее оценивать по интегральным показателям ТЭГ, влияли две пептидные фракции - А-IV и А-VI, выделенные из плазмы крови всех женщин с НБ.

Состояние системы свертывания крови по показателям тромбоэластограммы

Фракция	г (мм)	К (мм)	г+К	ma (мм)	ИТП (усл.ед)
А-IV	5,0±0,06*	8,8±0,21*	13,7±0,21*	27,2±0,13*	4,4±0,28*
А-V	6,4±0,43	8,0±0,24	14,4±0,13	39,7±0,11*	8,4±0,73
А-VI	5,1±0,12*	6,3±0,16*	11,4±0,09*	47,1±0,15*	15,3±0,73*

Как показали наши исследования фракция А-IV уменьшала показатель «г+к» ТЭГ (13,7±0,21), что свидетельствует об уменьшении времени свертывания крови и ускоренном образовании сгустка и расценивается как хронометрическая (зависящая от времени) гиперкоагуляция. Гипокоагуляцию подтверждает уменьшение показателя «ma» ТЭГ (27,2±0,13 мм). Уменьшение же показателя ИТП ТЭГ в 2 раза (4,4±0,28 усл.ед по сравнению с контрольной группой – 8,9±0,26 усл.ед соответственно, P<0,05) является следствием структурной гипокоагуляции.

Вывод: Таким образом, по данным ТЭГ и агрегации тромбоцитов можно сделать вывод о том, что фракция А-IV вызывала структурную гипокоагуляцию, обусловленную, по-видимому, угнетением агрегационной активности тромбоцитов. Фракция А-VI обладала противоположным эффектом в отношении агрегации тромбоцитов и вызывала хронометрическую гиперкоагуляцию.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19

Усманова.Э.М

Андижанский государственный медицинский институт

Кроме типичной клинической картины респираторных симптомов и интоксикации, для вируса SARS-CoV-2 характерно также гастроэнтеротропное действие. Диарея - один из наиболее частых гастроэнтерологических симптомов COVID-19, который выявляется, по данным разных авторов, в 2-49,5% случаев, в том числе у детей. Наличие диареи усугубляет клиническое состояние пациента, ограничивает возможность проведения необходимых диагностических манипуляций,

затрудняет подбор терапии. В статье представлен обзор научной литературы на тему формирования диарейного синдрома у пациентов с COVID-19.

Цель - анализ научных статей, посвященных изучению заболевания клиники и диагностики и лечения диареи у больных с COVID-19.

Материал и методы. Выполнен поиск научных публикаций по теме на электронном ресурсе PubMed, в поисковой системе Google Scholar и на платформе научной электронной библиотеки eLIBRARY.ru.

Результаты. Вирус SARS-CoV-2 относится ко II группе патогенности и отличается от других вирусов семейства *Coronaviridae* более высокой контагиозностью. Превалирующими в типичной клинической картине заболевания являются симптомы, обусловленные интоксикацией и поражением легких: гипертермия, кашель, одышка, общая слабость, миалгии. Однако, по данным многочисленных исследований, для действия SARS-CoV-2 на организм человека зачастую характерна системность, с полиорганным поражением и полиморфными клиническими проявлениями. В том числе во многих источниках литературы упоминается поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при COVID-19. Патогенез развития диареи при новой коронавирусной инфекции сложен и включает различные механизмы, в числе которых действие вируса на рецепторы ангиотензин-превращающего фермента 2, индуцирующее воспалительный процесс в слизистой желудочно-кишечного тракта, нейротропное действие на вегетативную регуляцию моторной активности кишечника, нарушение состава толстокишечной микробиоты, поражение печени и поджелудочной железы. Еще одним важным патогенетическим аспектом развития диареи при COVID-19 является ятрогенный - побочное действие лекарственных препаратов, применяющихся при лечении новой коронавирусной инфекции и ее осложнений, и активация условно-патогенной клостридиальной флоры кишечника на фоне антибактериальной терапии. Разнообразие патогенетических механизмов формирования диарейного синдрома позволяет говорить о COVID-ассоциированной диарее как о самостоятельном клиническом феномене, характерном для новой коронавирусной инфекции.

Обязательным в диагностическом алгоритме пациента с COVID-19 и диареей является исследование анализа кала на токсины *C. difficile*, при этом возможность проведения плановых эндоскопических исследований в период пандемии ограничена. В качестве основных терапевтических подходов при диарейном синдроме на фоне COVID-19 рассматривается соблюдение гигиенических мер, коррекция диеты и нутритивная поддержка, рациональная антибиотикотерапия осложнений COVID-19, осторожное применение антиперистальтических противодиарейных препаратов, неспецифическая терапия (противовирусные препараты, регидратация, адсорбенты), назначение пробиотиков и антибактериальных препаратов в случае подтвержденной клостридиальной коинфекции.

Вывод. Диарея - частое клиническое проявление COVID-19, которое может оказывать влияние на течение заболевания. Сложный генез диарейного синдрома требует дальнейшего изучения терапевтических стратегий и особенностей нутритивной поддержки пациентов, перенесших COVID-19.

ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ И НУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

*Хакимов Ш.К., Нурутдинова Г.Т.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Основной целью данной работы явилось изучение соотношения гидролитического фермента пепсиногена и белка в составе грудного молока кормящих матерей в ходе лактации.

Материал и методы исследования. Обследованы 134 кормящие женщины без фоновых и экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности и в период лактации. Контингент кормящих матерей в зависимости от лактационного периода распределялся следующим образом: 1-3 месяца – 35 (I период); 4-6 месяца – 52 (II период); 7-9 месяца – 26 (III период) и 10-12 месяца – 21 (IV период).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых образцах грудного молока изучалось содержание белка и фермента пепсиногена. При интерпретации изучаемых показателей нами учитывалось не только содержание белка и пепсиногена (г/л, ед/мин), но также их напряжение (выделение) с учетом суточного объема молока (г/л/сут, ед/мл/мин). Среднее выделение пепсиногена в первые месяцы лактации во всех группах кормящих матерей показал, что ГМ обладает достаточно высокой протеолитической активностью за счет пепсиногена ($8,2 \pm 0,46$ ед/мл/мин), и к концу лактации этот показатель существенно снижался (до 4,4 ед/мл/мин, $P < 0,001$). Снижение пепсиногена в составе ГМ в период лактации (впервые 12 месяцев) не происходит равномерно. Так, отмечается некоторое увеличение этого параметра на 7 - 8 месяцы лактации ($8,2 - 8,4$ ед/мл/мин, $P < 0,05 - 0,01$). Изучение динамики выделения пепсиногена в составе ГМ у разных кормящих женщин показали некоторую закономерность: у молодых первородящих женщин первоначальная вариация выделения пепсиногена высокая, а у женщин в возрасте 30 лет и старше, а также у повторнорожавших (3 и более родов) - низкая. Отмечается, что если в начале лактации в составе ГМ выделяется большее количество пепсиногена (первородящие с 1-2 родами, в возрасте 20 лет и младше), то их динамика в ходе лактации снижается более круто, чем у тех женщин, у которых первоначальное выделение пепсиногена было более низкое (повторнородящие, 3 и более родов, в возрасте 30 лет и старше). У последних, после некоторого снижения выделения пепсиногена в составе ГМ, в последующие месяцы лактации выделение этого фермента нарастает и более длительное время удерживается в этих пределах. 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.

Выводы: среди кормящих матерей с I степенью анемии имеется категория женщин, у которых в составе ГМ отмечается снижение белков, жиров, углеводов и калорийной стоимости его.

У женщин со II степенью анемии в составе ГМ происходит значительное снижение содержание пищевых ингредиентов и калории. Последние еще более выражены в группах женщин с возрастом 30 лет и старше, паритетом 3 и более родов и периодом лактации более 6 месяцев. Энергетическая же стоимость ГМ при этом поддерживается за счет углеводов.

У больных женщин с III степенью тяжести анемии во всех группах происходит значительное «падение» содержания всех пищевых ингредиентов и калорийных ценности грудного молока, что приводит к значительному дефициту потребления пищевых веществ и энергии их детьми, которые могут служить основой развития алиментарно-дефицитных состояний.

SO‘GLOM ONALAR SUTIIDA GI OQSILNING ҲAZM B‘ULISHINI NATIЖALARI.

*Ҳакимов Ш.К., Арзибекова У.А.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Бола ҳаётининг дастлабки ойларида хусусий овқат ҳазм бўлиш жараёнлари етарли шаклланмаган бўлади. Гўдақлар организмдаги бундай “етишмовчиликлар” она сути таркибида овқат ҳазм қилишда фаол иштирок этувчи гидролитик ферментларнинг етарли эмаслиги боисдир. Бу даврда аутолитик овқат ҳазм қилиш жараёнлари алоҳида аҳамият касб этади.

Текширишларнинг мақсади сифатида 120 нафар соғлом оналар сутида пепсиноген миқдорини Гиршовиц усулида аниқлаш қабул қилинди.

Кузатувларимиз натижаси шуни кўрсатдики, она сутидаги пепсиноген миқдори анча ўзгарувчан белги бўлиб (4,58-32,04 ед/мл), ўртача $13,8 \pm 0,29$ Б/мл ни ташкил этади. Биринчи марта туққан ($12,1 \pm 0,68$ ед/мл) ва кейинги туғруқдаги ($10,6 \pm 0,6$ Б/мл) ($P > 0,05$) оналар сутидаги пепсиногеннинг миқдори деярли бир хил экан. Бироқ, пепсиногеннинг ажралиб чиқиши кейинги гуруҳ оналарда нисбатан ортиқ бўлади ($P < 0,05$). Бу ҳол навбтдаги туғруқлардан кейин суткалик сут ҳажмини ортиши билан тушинтирилади.

Шунингдек, ферментнинг сутдаги кўрсаткичлари она ёшига ҳам боғлиқлиги аниқланади. Яъни 30 ёш ва ундан катта ёшдаги аёллар сутида пепсиноген миқдори ($6,65 \pm 0,82$ Б/мл) ва ажралиб чиқиши ($2,77 \pm 0,29$ Б/мл) 20 ёш ($11,2 \pm 0,69$ Б/мл; $4,84 \pm 0,18$ Б/мл.мин.) ва 21-29 ёш ($12,5 \pm 0,76$ Б/мл; $5,28 \pm 0,13$ ед/мл мин.) аёллардагига нисбатан анча кам ($P < 0,01$). Шу билан бир қаторда ёши каттароқ аёллар сутининг суткалик ҳажми ($575,0 \pm 9,58$ мл/кун) ёшроқ аёлларникига қараганда ($689,5 \pm 13,8$ мл/кун) сезиларли пасаяди ($P < 0,01$). Она сути таркибидаги пепсиноген кўрсаткичларидаги бундай ўзгаришлар бизнинг фикримизча, 30 ёш ва ундан катта аёллар сут безлариинг пепсиногенни синтез қилиш ва ажратиб чиқариш фаолиятида компенсатор имкониятларнинг пасая боришидан далолат беради.

Шунингдек, пепсиногеннинг қондаги миқдори (Б/мл) ва ажралиб чиққан кўрсаткичлари (Б/мл/мин) ёши 30 ва ундан юқори бўлган оналарда, 20 ёшдан кичик ҳамда 21-29 ёшдаги аёллардагига нисбатан анча кам эканлиги аниқланди. Шу билан бир қаторда ёши 30 дан юқори вёлларда лактация кўрсаткичлари ($575,0 \pm 9,5$ мл/кун) бўлгани холида бошқа гуруҳ аёлларда ($618,8 \pm 21,2$ ва $688,5 \pm 13,8$ мл/кун) анча кўплиги ҳам кузатилади.

Пепсиноген миқдори кўрсаткичларига туғриқлар сони таъсир қилиши мумкин эканлиги кўрсатилди. Масалан, 3 ва ундан ортиқ туққан аёллар сутида пепсиноген

микдори 1-2 та тукқан аёлларниқига нисбатан анча оз бўлиб, кейинги гуруҳ аёлларда сутдаги фермент микдори лактация ҳажмига тўғри пропорционал эканлиги кузатилди.

Хулоса, пепсиногеннинг курак сутидаги микдори ва сут билан ажралиб чиқиши биринчи марта ва бир неча марта тукқан аёлларда бир хил булиши билан бир каторда онанинг ёшига, туғишлар сонига ва суткалик сут ҳажмига боғлиқ ҳолда ўзгариб турар экан.

ХОМИЛАДОРЛИК ПИЕЛОНЕФРИТИДА ОПТИМАЛ ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ

Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садиқова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти

Хомиладорликда уродинамикани бузилиши буйракни косача-жомча системасида сийдик димланиши, буйрак паренхимасида йирингли жараёнлар ва уросепсисга олиб келади. Сийдик оқимини тиклаш усуллари, уни бажариш муддатлари хозирги вақтгача муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: хомиладорлик пиелонефритини самарали даволаш усуллари аниқлаш.

Текширув материали ва усуллари: АДТИ урология бўлимида 2018-2021 йилларда 325 нафар бемор ўткир обструктив пиелонефрит билан ётиб даволанган. Уларни ёши 18 дан 39 ёшгача. Булардан 210 таси ўнг томонлама, 115 таси чап томонлама ўткир пиелонефрит ташхиси билан даволанган. Ташхис қўйиш учун умумклиник, лаборатор, ультратовуш, эндокоспик текширувлардан фойдаланилди.

Текширув натижаси: шуни кўрсатдики барча беморларда пиурия, бактериурия, қонда лейкоцитар формулани чапга силжиши ва ЭЧТ ни ортиши, қонда мочевино креатинин микдорини ортиши кузатилди.

Беморларга тиббий ёрдам бериш учун 3 гуруҳга бўлди.

1. Қисман пиелоколиккоэктазияси бор беморлар (81).

2. Қисман пиелоктазияси бор беморлар (92).

3. 152 та беморда ривожланган пиелоктазия ифодаланган.

1-гуруҳдаги беморларни даволашга спазмолитиклар, холатига қараб тиззатирсак холатида туриш, беморни соғлом томонга ёнбошлатиш.

2-гуруҳдаги беморларга сийдик найи катетеризацияси ёки стент қўйилди.

3-гуруҳдаги беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилди ва антибактериал муолажалар олди. Беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилгандан сўнг ўткир яллиғланиш белгилари ва оғриқлар йўқолди. Тана харорати меъёрлашди. Умумий ахволи яхшиланди.

Хулоса: текширувларимизга асосланиб, буйракни ўз вақтида ва тўғри дренажлаш хомиладорликни енгил ўтишида, хомилани ўз вақтида ва асоратсиз туғилишида муҳим аҳамиятга эга.

«РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ АМНИОНА».

Хамраева М.Э., асс. каф. Абдулатипова Ф.А.
Кафедра Акушерство и гинекология ТашПМИ. г. Ташкент.

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является антенатальная профилактика, с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Проблема маловодия имеет важное значение и отрицательно влияет на исход беременности, диагностика и своевременная терапия которой снижает осложнения течения и исхода беременности, и родов. *Причины маловодия в ряде*

случаев остаются необъяснимыми и свидетельствуют об актуальности данной проблемы.

Цель исследования. Изучение особенностей течения беременности, родов и состояния фето-плацентарной системы у беременных с маловодием.

Материалы и методы исследования. Для выявления особенностей течения беременности и родов проведены исследования истории родов 50 женщин с маловодием. Исследование проводили в акушерско-гинекологическом комплексе 6-го родильного комплекса города Ташкента за период 2021-2022гг. Всем беременным при поступлении в стационар проводилась ультразвуковая биометрия плода, плаценты, пуповины и определение биофизического профиля плода, с помощью ультразвукового сканера «АБОСА-650-880» (Япония), снабженного доплеровским блоком пульсирующей волны (частотный фильтр 100 Гц, конвексный датчик 3,5 МГц). При эхографии определяли бипариетальный размер головки (БПР), средний диаметр грудной клетки и живота плода, длина бедра (ДБ), длина голени (ДГ), окружность живота (ОЖ). Кроме того, определяли степень зрелости, локализацию, толщину, наличие различных включений плаценты и состояние пуповины. В зависимости от показателей ИАЖ у 50 женщин диагностировано маловодие.

Полученные результаты. Результаты проведенного исследования показали, что возраст женщин колебался в пределах от 20 до 30 лет, составляя в среднем $24,6 \pm$ год в ретроспективной и $25,36 \pm 0,42$ лет в основной группах. Проведенные исследования ФПС у 32 женщин основной группы показали, что у женщин с маловодием имеет место достоверное уменьшение масса плаценты ($449,7 \pm 12,7$ г против $572,8$ -г $P > 0,05$), среднего диаметра ее ($17,3 \pm 4,3$) см. и $18,5 \pm 0,2$ см. соответственно при $P > 0,05$), а также площади ($440,0 \pm 4,3$ см и $513,3 \pm 6,8$ см², при $P > 0,05$) плаценты. В тоже время разница в объеме плаценты у женщин с маловодием по сравнению с физиологической беременностью, оказалась высокосущественной ($P > 0,01$).

Ультразвуковая плацентометрия проведена у 50 женщин с маловодием, 20 женщин с физиологическим течением гестации. Проведенные исследования показали, что у женщин с маловодием плацента локализуется преимущественно на передней стенке матки, тогда как при физиологическом течении гестации она локализована на передней или задней стенках. Так же при физиологическом течении место истончения плаценты ($27,3 \pm 0,68$ против $34,0 \pm 0,83$ мм. $P < 0,05$, в центральной части и $18,57 \pm 0,54$ мм. против $20,48 \pm 0,86$ в периферической). У беременных с умеренным маловодием степень зрелости плаценты соответствовала сроку беременности.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Холиков Ф.Ж – 618 группа, 2 педиатрия

Научный руководитель: Наврузова Р.С.

*ТашПМИ, кафедра «Акушерства и гинекологии, детской гинекологии»,
г. Ташкент*

Актуальность Основное значение в охране репродуктивного здоровья женщин отводится вопросам регулирования рождаемости. Исследования показали неблагоприятное влияние на организм женщины и будущего потомства беременности, наступившей в позднем репродуктивном возрасте. Происходит функциональная перестройка в органах и системах, в том числе, и в гипофизарно-яичниковой системе (ГЯС). Это проявляется снижением резервов репродуктивной системы.

Цель нашего исследования явилось изучение контрацептивного и лечебного действия комбинированного орального контрацептива (КОК), и влияние состояния системы гемостаза на их применения у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материал и методы: Под наблюдением находились 36 женщин, с сохраненной фертильностью в возрасте 40-45 лет. Контрольную группу составили 20 женщин, из них 15 женщин не применявшие КОК. У 14 из них было 3 родов. 11 женщин- 4-5 родов, у остальных 12 пациенток- 5 и более родов. Соматический анамнез состоит из заболеваний желудочно-кишечного тракта – 4, транзиторная гипертензия – 9, варикозное расширение вен нижних конечностей – 2, хронический пиелонефрит – 14, железодефицитная анемия I-II степени выявлена у 2 пациенток, вирусный гепатит в анамнезе у 2-х, ожирение I-II степени у 7, эутиреоидный диффузный зоб I-II степени у 21 женщин, которые в момент назначения контрацепции принимали йодистые препараты.

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют, что по данным биохимических исследований отклонений со стороны функций органов и систем не выявлено. У всех обследованных менархе наступило своевременно. У большинства длительность цикла колебалась от 20-37 дней. Продолжительность менструации 2-7 дней. Исследования системы гемостаза включало ряд основных стандартизированных тестов, обладающих наиболее высокой информативностью в плане диагностики внутрисосудистого свертывания крови.

АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Холова Н.Ф., Туксанова Д.И.
Бухарского медицинского института имени
Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Репродуктивная жизнь женщин во всем мире включает менструацию, все виды сексуальной активности, беременность и роды — или бесплодие — и менопаузу. Репродуктивное здоровье и охрана здоровья женщин в большей степени подвержены влиянию психосоциальных и политических сил, чем большинство других областей здравоохранения и медицинского обслуживания. В большинстве других областей медицины здоровье не зависит от типа образования и доступа, необходимых для успешного использования противозачаточных средств, или от политических сил, которые создают препятствия для доступа к услугам по прерыванию беременности. Никакая другая область медицины не связана с выращиванием одного потенциального человека внутри тела другого. Эти реальности приводят к сложному и интенсивному взаимодействию между анатомией, физиологией, эмоциями и познанием.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей репродуктивного здоровья жительниц Бухарской области в возрасте от 18 до 35 лет и возможных причин, приводящих к нарушению их репродуктивной функции.

Материалы исследования.

Было проведено анкетирование 200 женщин фертильного возраста, обратившихся к гинекологу для профилактического осмотра. Возраст обследованных пациенток колебался в пределах от 18 до 35 лет и составил в среднем $24,3 \pm 3,7$ года.

Результаты исследования.

Из полученных и проанализированных данных анкет оказалось, что -75% обследованных имели в анамнезе беременности, однако, роды отмечены только у 60% женщин. Из числа женщин анкетированных, имевших беременности в анамнезе, 40% отмечено одна, у 15% - две, у 10% - три, у 5% - четыре и у 2% - 5 и более беременностей. У трети обследованных пациенток наблюдались явления раннего токсикоза и угрозы прерывания беременности – в 46,6% и 24,5% соответственно. Превалировали женщины двое и трое родов в анамнезе 2,5%. Следует отметить, что 1,6 % беременностей, закончившихся родами, наступили после стимуляции овуляции и ВРТ. Кроме

отмеченных выше осложнений беременности первого триместра выявлен достаточно высокий процент женщин, беременность которых протекала на фоне лечения воспалительных заболеваний, передаваемых половым путем 22,5%. Также высока была частота возникновения преэклампсии 12,5%. Среды беременевших женщин 7,5 % имели в анамнезе аборт, причем один аборт был у 5,5 %. Два аборта у 3,5 %, три аборта – у 1,5 %, пять и более аборт - 0,5%. Самопроизвольные выкидыши наблюдались в анамнезе у 13 % беременных женщин: один у -5. Два – 2,5%. Выскабливание матки проводилось только в 6% случаев. При этом воспалительные заболевания матки и придатков после выкидыша были у- 5, вторичное бесплодие - 5 женщин.

Оказалось. Что 22,5% пациенток. Не имевших беременности в анамнезе. Пользовались контрацепцией. Все опрошенные женщины в течение репродуктивного периода прибегали к контрацепции. Причем многие из них пробовали несколько методов. Различные комбинированные оральные контрацептивы использовали 11,5%. К экстренной контрацепции прибегали 4 %, к ВМС – 46 % пациенток. Рассматривая вопрос репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, нельзя не сказать и об их менструальной функции. Первая менструация наступила в 10-11 лет у 7,5, в 12-14 лету 22,5%. А в 15-16 лет – у 25% девочек. Менструальный цикл установился сразу лишь у 5. В то время как более чем через 1 году 2,5. Из имеющих нерегулярные менструации задержки до 15 дней отмечали 10%. Задержки до 30 дней наблюдались у 6%, от 30 дней до 3 месяцев – у 2,5%, а задержки до 6 месяцев – у 1% пациенток.

Умеренные менструации наблюдались у 18,5%, скудные - у 2,5. А обильные – у 6% женщин; длительность менструации до 5 дней имело место у 32,5%. Более 5 дней – у 14,5% пациенток. Высокий процент женщин, имеющих длительные и обильные менструации, обуславливали высокую частоту железодефицитной анемии у обследованных женщин этого возраста. Которая составляла 42,5%. Предменструальный синдром (ПМС) отмечен у 18% женщин. из них ПМС легкой степени отмечен у 12%, средней степени - у 8% и тяжелой степени - у 2% пациенток. Основными жалобами являлись: раздражительность (8%), слабость (6%), нагрубание молочных желез (2%), вздутие живота (2%), депрессия, плаксивость (5%), отечность и прибавка массы тела на 1-2 кг (2%), повышенная потливость (6%).

Половую жизнь начали в возрасте до 18 лет 28% пациенток, в 18-20 лет- 12,5%, после 20 лет- 7,5% женщин. В браке половая жизнь началась у –62,5%, вне брака – у 38,5%. В структуре гинекологической заболеваемости обследованных женщин на первом месте была патология шейки матки- 29%, на втором – воспалительные заболевания придатков и ЗППП- 21 %, на третьем – аномальные маточные кровотечения - 18,5 %. Кроме того, кисты яичников у 7,5%, генитальный эндометриоз у 6% и галакторрея у 4%.

По анамнезу, среди ЗППП самими часто переносимыми заболеваниями оказались кандидоз (6 %), бактериальный вагиноз (4 %) и уреаплазмоз (3%), трихомониаз диагностировали и лечили у 2 %, TORHG инфекции – у 6% женщин.

Только 60% женщин этого возраста рожали, причем преобладали женщины, имеющие только одни или две роды в анамнезе. У большинства женщин наблюдалось патологическое течение беременности и родов. Настораживает большое число аборт, некоторые из которых заканчиваются вторичным бесплодием (12,5%). Высока частота невынашивания беременности и вторичного бесплодия после самопроизвольного выкидыша (46,5 %). Отмечена высокая частота аномальных маточных кровотечений и предменструального синдрома у женщин этой возрастной группы (причем у половины пациенток, имеющих ПМС, выявлено средне- тяжелое течение), свидетельствующая о выраженном дисбалансе половых стероидных гормонов. Высокий процент нейроэндокринной патологии, вероятно, обуславливает

высокую частоту выявления в этой возрастной группе кист яичников, эндометриоза и заболеваний молочных желез

На основании проведенного анализа анкет женщин этой возрастной группы, мы отметили у них наличие высокого числа вредных факторов, которые могут способствовать нарушению репродуктивного здоровья. Необходимо также отметить большую частоту экстрагенитальной патологии у женщин активного репродуктивного возраста, которая оказывает негативное влияние на регуляцию менструальной функции и увеличивает число осложнений и неблагоприятных исходов беременности. В связи с чем, своевременное определение факторов риска приводящих к нарушению репродуктивной функции и здоровья женщин активного репродуктивного возраста и выбор адекватной коррекции этих состояний является одним из главных направлений современной медицины.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

*Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Эралиев У.Э., Мирхошимов М.Б.
Тошкент тиббиёт академияси*

Муаммонинг долзарблиги. Ҳар йили жаҳон бўйича 1 млрд. диарея эпизодлари рўйхатга олиниб, шулардан 5 млн. 5 ёшгача бўлган бола ўлимига сабаб бўлади. Ўлим кўрсаткичи бўйича 3-ўринни эгаллайди.

Тадқиқот мақсади: Эрта ёшдаги болалардаги Covid-19да кузатиладиган ўткир юқумли диареяларнинг клиник кечиши хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари: Тадқиқот объектини Тошкент шаҳар 3-сон болалар юқумли касалликлари шифохонасида ва Зангиота туман ихтисослаштирилган юқумли касалликлар шифохонасида стационар даволанган 100 нафар бемор болалар ташкил этди. Ташҳис қўйишда клиник, эпидемиологик, серологик ва инструментал усуллардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Тадқиқотимизда ўткир диареялар ўғил ва қиз болаларда бир хил кўрсаткичларда учради (54% ва 46% мос равишда). Ўткир юқумли диареялар асосан 1-3 ёшдаги болалар ўртасида кўпроқ қайд этилди, унга нисбатан 3-5 ёшдагилар орасида 1,5 баробар, 1 ёшгача бўлган болалар орасида эса 2,8 баробар кам ҳолларда учради (50%; 32,1% ва 17,9% мос равишда, $P < 0,05$). Беморлар шифохонага кўпинча касалликнинг 2-3-куни мурожаат этишган. Ўткир диареялар тадқиқотимиздаги эрта ёшдаги болаларнинг 61,5%ида гастроэнтерит шаклида кечган. Беморларнинг 47,4%ида сувсизланишнинг ўрта оғир даражаси, 16,7%ида оғир даражаси кузатилган. 35,9% беморларда сувсизланиш белгилари аниқланмаган. Беморларнинг кўпчилигида ўткир юқумли диарея ўрта оғир шаклда кечган, енгил шакли 3 баробар, оғир шакли эса 7,5 баробар кам ҳолларда аниқланган (68%; 23,1% ва 8,9% ҳолларда мос равишда, $P < 0,05$). Беморларнинг 29,4%ида тана ҳарорати фебрил, 21,7%ида – пиретик, 18,3%ида субфебрил, 15,3%ида – меъёрида, 11,5%ида – гипотермия ва атиги 3,8%ида гиперпиретик даражаларда бўлган. Болаларда асосан диареянинг суткалик сони 10 мартадан ошган, 5-10 мартагача бўлиши беморларнинг учдан, 3-5 марта бўлиши тўртдан бир қисмига тўғри келди (41%; 34,6% ва 24,4% ҳолларда мос равишда). Эрта ёшдаги болаларда диареяларнинг асосий этиологияси вируслар бўлганлиги сабабли уларнинг деярли ярмида нажас консистенцияси сувсимон шиллик, 20,5%ида қон аралаш бўлган. Беморларнинг барчасида диарея белгиси билан бирга ҳолсизлик, қоринда оғриқ белгилари кузатилган, 71,8% беморларда иштаҳа пасайган, 67,9% беморларда кўнгил айниш кузатилган, беморларнинг учдан бир қисмида эса иситма ва қайт қилиш аниқланган.

Хулоса: Covid-19 билан касалланган болаларда ўткир диареялар асосан (50%) 1-3 ёшдаги болалар орасида аниқланди. Беморлар кўпинча касалликнинг 2-3-куни муружаат этишган (52,6%). 58% ҳолларда диареялар вирус этиологияли бўлган, касаллик 61% ҳолларда гатроэнтеритик, 68% ҳолларда ўрта оғир шаклларда кечган. Диарея 41% ҳолларда 10 мартадан ортиқ суяқ консистенцияли (48,7%) шиллик аралаш бўлган. 47,4% ҳолларда сувсизланишнинг ўрта оғир шакллари қайд этилган.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

*Худойбердиева.Х.Т., Косимов.Д.С., Халилов.О.Н., Хашимова.З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Большой удельный вес пиелонефрита в структуре почечных заболеваний у детей, трудности диагностики и лечения, предсказуемый прогноз определили в последние десятилетия, серьёзный интерес исследователей к изучению различных сторон этой патологии. По распространённости среди заболеваний почек пиелонефриту принадлежит первое место. Заболеваемость детей пиелонефритом, в разных регионах нашей страны, колеблется от 4,4 до 27,5%. Наибольшая, часто¹³ заболеваемости пиелонефритом приходится на детей в возрасте до 1 года. Подобная взаимосвязь возникновения пиелонефрита с возрастом объясняется большой частотой врождённой патологией и мочевыводящей системы, выявляемых у грудных детей, а также пониженной местной и общей устойчивостью по отношению к микробной флоре в этом возрасте. В неонатальном периоде болеют преимущественно мальчики, а в других возрастных группах - девочки.

Целью данной работы: явилось выявление, особенностей диспансерного наблюдения за детьми перенесших пиелонефрит.

Результаты исследования: Исход заболеваний от тяжести процесса, являясь неспецифически бактериально воспалительным заболеванием, в 20 % случаев пиелонефрит наблюдается у больных, находящихся в стационаре, характеризующийся более серьёзным прогнозом и упорным течением, основой диагностики заболевания является определение достоверной бактериурии путём количественного определения бактерии в средней порции мочи, полученной при свободном мочеиспускании. В стационаре желательнее проводить посев мочи - до начала антибактериальной терапии, в тех случаях, когда больной подучает антибактериальные препараты их следует отменить за 2-3 дня до исследования. При получении результатов микробиологического исследования терапия должна быть откорректирована.

Выводы: 1. Раннее выявление детей с почечной патологией и наблюдение детей с риском развития заболевания мочевой системы.

2. Контроль за состоянием ребенка с почечной патологией в соответствии с индивидуальным планом наблюдения.

3. Долечивание и продолжение поддерживающей терапии начатой в условиях стационара.

4. Противорецидивные мероприятия, выявление и санация очагов хронической патологии.

5. Отбор детей с болезнями мочевой системы для лечения в местном санатории, на курортах и оздоровительных лагерях.

6. Организация восстановительного лечения и повышение общей реактивности организма.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ АКТИВНОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.

*Худойбердиева.Х.Т., Хашимова.З.М., Косимов Д.С, Халилов О.Н,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность:Существующие представления о компенсации затрудненного внутрипеченочного кровообращения свидетельствуют о развитии портальной гипертензии (ПГ), направленной на поддержание эффективной перфузии печени. Но рано или поздно ПГ способствует развитию тяжелых осложнений в виде кровотечений из коллатеральных флешэктазий и нарушения лимфодренажа из печени, приводящих к отечно-асцитическому синдрому, которые становятся хирургической проблемой. К сожалению, хирургическое лечение ПГ при ЦП предполагает решение поздних и труднообратимых последствий внутрипеченочной блокады портального кровообращения. Даже само определение "внутрипеченочная блокада портального кровообращения" свидетельствует о чрезмерном сужении проблемы, без учета совокупных нарушений артериального, портальнопеченочного кровоснабжения. Нам представляется важным изучение частоты рецидивов активности цирроза печени у детей в зависимости от возраста

Цель работы:Целью настоящего исследования явилась изучение частоты нарушения портальнопеченочного кровообращения на стадиях развития цирроза печени у детей.

Результаты работы:Нами было обследовано 197 больных детей в возрасте от 3 до 15 лет с внутрипеченочной блокадой портального кровообращения обусловленной циррозом печени на различных стадиях его развития.

Для детей 3-7 лет был характерным рецидив активности ЦП 1-2 раза в год, в то время как у детей старшего возраста (8-15 лет) частота рецидивов активности ЦП составила в среднем $3,5 \pm 0,3$ раза в год. При этом прослеживалась отчетливая связь частоты рецидива активности ЦП с частотой носовых кровотечений. Асцит на фоне роста активности ЦП прослежен лишь у 17,0% больных.

Вывод: обнаруженная разница в частоте осложнений ЦП у детей разных возрастных групп навела на мысль о возможных анатомо-физиологических особенностях портальнопеченочного кровообращения у детей младшего и старшего возраста, проявляющихся на стадиях развития ЦП. Полученные результаты на наш взгляд могли быть свидетельством нового представления о путях компенсации ПГ, развивающейся при ЦП у детей разных возрастов.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ КИШЕЧНЫХ ПАЗИТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Халилов О.Н., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Целью работы явилось:изучение чувствительности и специфичности клинических симптомов кишечных паразитозов у детей и подростков.

Результаты исследований:Обследованы дети в возрасте от 3 до 17 лет с кишечными паразитозами ($n= 260$) в виде моно- ($n= 150$) и полиинвазии ($n= 110$). Контрольную группу составили 102 детей, считавшиеся здоровыми.

Диагноз устанавливали на основании копроовоскопических исследований по Е.В.Калантарян и смывов с перианальных складок с последующим микророскопированием осадка по В.М.Каверновой.

Для объективизации и стандартизации клинических симптомов больных детей с кишечными паразитами, нами применен статистический метод определения чувствительности и специфичности каждого симптома и синдрома с помощью тетрагорической таблицы.

Изучаемые синдромы и симптомы, выявленные у больных детей с кишечными паразитами, обладают высокой чувствительностью, и при этом самой высокой чувствительностью обладает кожно-эпителиальный синдром (90,7%), желудочно-кишечный синдром (87,5%), более низкой – гематологический (84,3%), урогенитальный (83,3%), астеновегетативный (82,8%) и сердечно-сосудистый синдромы (78,8%). Однако, как свидетельствуют данные таблицы, эти же синдромы обладают низкой специфичностью (28,7-36,2%), т.е. отсутствие этих синдромов не отражает отсутствие кишечных паразитозов у обследованных детей. Об этом свидетельствуют результаты теста прогнозирования положительного результата (ТППР), т.е. классифицированные вышеуказанными синдромами как кишечные паразитозы, действительно страдают данной патологией.

Выводы:

1. Клинические симптомы кожно-эпителиального, желудочно-кишечного и гематологического синдромов у детей с кишечными паразитами обладают высокой чувствительностью, но низкой специфичностью.
2. Для скринингирующих исследований детей по кишечным паразитозам необходимо использовать статистические подходы – индекс концентрации, позволяющий «сгущать» симптомы больных детей среди обследованных по поводу гельминтозов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*Худойбердиева Х.Т., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Косимов Д.С.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Часто болеющие дети (ЧБД) – это термин, известным с 80-х годов прошлого века и обозначает группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Цель исследования: Риск заболеваемости с патологии верхних и нижних дыхательных путей перенесённых острых вирусных инфекции являются чаще у детей младшего возраста.

Часто болеющим детям направлены основные усилия по профилактике ОРВИ.

Результаты: Было отмечено, что среди детей, относящихся к группе ЧБД, значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречается и тяжелее протекает бронхиальная астма, аллергический ринит и выше частота другой соматической патологии. ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям ЖКТ, сосудистым дистониям, у них быстрее и легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся. На долю острой инфекционной патологии респираторного тракта у всех детей приходится 90% всех болезней респираторной системы. Максимальная заболеваемость ОРВИ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2-5 раз в год, а среди взрослых не превышает 2-4 раз в год. Это всеобщая закономерность и она прослеживается у детей всех стран мира независимо от экономического уровня их развития. Медицинская помощь ЧБД складывается из трех основных направлений:

1. Восстановительные или реабилитационные мероприятия, направленные на снижение антигенного воздействия, санацию местных очагов хронической инфекции и

повышение резистентности организма ребенка в целом, проводятся в периоде клинического благополучия;

2. Этиопатогенетическая терапия ОРЗ;
3. Иммунотерапия и вакцинотерапия.

Вывод: Профилактика хронической психосоматической патологии должна строиться с учетом психологических особенностей ребенка и особенностей взаимоотношения в диаде мать-дитя.

ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ТОКСИКОЗОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Халилов О.Н., Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Как показывает опыт, в общепринятые методики диагностики и лечения кишечных токсикозов у детей (при применении их в условиях жаркого климата) необходимо внесение некоторых уточнений, касающихся в первую очередь особенностей регидратационной терапии, а также ряда организационных моментов. Последние особенно важны, так как сочетание жаркого климата и заболеваемости кишечными инфекциями с некоторыми социальными факторами (высокая рождаемость, высокий удельный вес детей в возрастной структуре населения, проживание 2/3 детей в сельской местности).

Цель работы: Разработанных рекомендаций как для практических врачей, так и для организаторов педиатрической службы.

Результаты исследования: Наблюдения позволяют считать водodefицитную дегидратацию более распространенной, а в условиях жаркого климата - преобладающей.

Для быстрой дифференциации типа дегидратации при поступлении ребенка в стационар нами используется таблица основных симптомов, в которой на первом месте стоят температура тела и жажда. Таблица удобна и проста для запоминания (все параметры при водodefицитном типе повышены, а при солedefицитном - понижены).

Все дети с обезвоживанием нуждаются дополнительной жидкости. Если есть у ребенка диарея: как долго? Если есть кровь в стуле. Для этого нужно осмотреть и ощутить:

- 1) общее состояние ребенка (летаргичен или без сознания), безпакоен или болезненно раздражён;
- 2) ищите есть ли у ребенка запавшие глаза;
- 3) предложите ребенку жидкость - ребенок пьет плохо, пьет жадностью. Идет процесс тяжелого обезвоживания.

Вывод: Удельный вес водodefицитного обезвоживания в общей структуре кишечных токсикозов у детей раннего возраста в условиях жаркого климата колеблется от 65 до 75% и этот тип является преобладающим.

Для достижения качественных новых результатов необходим более интегрированный подход к ведению больных детей. Программы по охране здоровье детей должны учитывать не только контроль заболевания но и состояние в целом, и благосостояние детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ ПАЗАРИТОЗОВ У ДЕТЕЙ

*Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Анализ литературных источников показывает, что антигельминтные средства в большинстве случаев приводят к устранению лабораторных признаков кишечных паразитозов вкопроовоскопических исследованиях. Вместе с тем, нередко побочные действия этих препаратов, рецидивы гельминтозов и протозойных заболеваний, после неоднократных курсов дегельминтизации. Иммуномодулирующие и иммунокорректирующие препараты увеличивают эффективность антигельминтной терапии, уменьшая реинвазии патологии, за счет конкурентного повышения активности клеточного и гуморального иммунитета макроорганизма– хозяина, что позволяет считать обоснованным их применение в комплексной терапии кишечных паразитозов.

Цель: настоящего исследования явился сравнительный фармако-экономический анализ традиционного (антигельминтными препаратами) и сочетанного применения с последними иммуномодулятора Гемалин (иммуномодулирующая терапия).

Результаты исследования: Анализированы результаты лечения 91 ребенка и подростков в возрасте 1-17 лет с полиинвазией кишечными паразитами: энтеробиоз+лямблиоз (n= 46), лямблиоз+ гименолепидоз (n = 17), энтеробиоз+гименолепидоз (n = 18), аскаридоз+трихоцефалез (n = 10) . Копрологические исследования проводили по Калантарян, включающие соскоб, смывы с перианальных складок, мазок-отпечаток, способ обогащения. Для фармакоэкономического анализа обследованные дети распределены на две группы: основная (иммуномодулирующий метод) и контрольная группа (традиционный метод). Количество детей в сравниваемых группах были идентичными (44/47 детей): энтеробиоз+лямблиоз (22/24), лямблиоз+гименолепидоз (8/9), энтеробиоз+гименолепидоз (9/9), аскаридоз+трихоцефалез (5/5) .

При иммуномодулирующей терапии стоимость Гемалина и половинной дозы антигельминтного препарата суммировали по итогам проведенной терапии.

Выводы:

1. При отдельных видах полиинвазии кишечных паразитозов у детей (энтеробиоз + гименолепидоз и лямблиоз + гименолепидоз) преобладающая лабораторное оздоровление происходит при первом же курсе иммуномодулирующей терапии Гемалином.
2. У больных детей с энтеробиозом и лямблиозом, а также при аскаридозе и трихоцефалёзе значительные различия в пользу иммуномодулирующей терапии обнаруживаются при их повторных курсах терапии, вызывая значительную экономическую выгоду и лабораторную эффективность.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ СВОЙСТВО ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

*Косимов Д.С., Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Исследование проводили на мышах линии СВА. В каждой серии работ (контрольная и основная группа, препарат №1, №4) включали по шесть животных. Препарат №1 – это эффективная доза препарата для мышей, а препарат №4

по дозе превышает в 10 раз относительно препарата №1. У экспериментальных животных под влиянием препарата «Гемалин» (№1 и №4) изучали кооперативный иммунный ответ Т- и В клеток. Для этого летально облученным мышам (900 р) через сутки после облучения трансплантировали или раздельно клетки тимуса (20×10^6) или костного мозга (10×10^6) или смесь этих клеток ($20 \times 10^6 + 10 \times 10^6$). Дополнительно всем мышам вводили 2×10^8 эритроцитов барана (ЭБ).

Результаты исследования и их обсуждение: Результаты наших исследований показали что трансплантация летально облученным реципиентам экспериментальных животных сингенных Т или В лимфоцитов совместно с эритроцитами барана (ЭБ) приводили к накоплению в их селезенках $1700,0 \pm 85,8$ и $2700,0 \pm 223,6$ АОК, ($P > 0,05$). При переносе смеси Т и В клеток срабатывает основной феномен кооперативного взаимодействия Т и В клеток, т.е. при реализации иммунного ответа на ЭБ в селезенке животных-реципиентов (контроль) накапливалось значительно большее количество антителообразующих клеток (АОК), Нами установлено, что препарат «Гемалин», оказывал стимулирующее действие на кооперативный иммунный ответ Т и В клеток, при этом в селезенках экспериментальных животных накапливалось $18533,3 \pm 535,8$ АОК (препарат №1, $P < 0,001$) и $20466,7 \pm 975,3$ АОК (препарат №4, $P < 0,001$), т.е. кооперативная стимуляция увеличивалась по сравнению с контрольной группой соответственно в 1,7 и 2,0 раза. При изучении влияния препарата на функциональную активность Т-супрессоров нами установлено, что в селезенках мышей контрольной группы иммунизированных только эритроцитами барана ($4 \cdot 10^9$) накапливалось 82,7 АОК. При переносе сингенных иммунных клеток селезенки число клеток-антителопродуцентов (АОК) в контрольной группе снижалось, т.е. происходила иммуносупрессия (Т-супрессия) в 4,2 раза.

Вывод: нами показано, что препарат «Гемалин» у экспериментальных животных вызывает значительный иммуно-стимулирующий эффект на клеточный кооперативный иммунитет, видимо, опосредованная (через ауторегуляцию) усилением экспрессии супрессорных Т-клеток. Можно полагать, что эти свойства препарата, возможно, найдут свое применение в терапии заболеваний взрослых и детей, ассоциированных с вторичными иммуномодулирующими состояниями, к числу которых относится и глистная инвазия.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловойсидерурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний - у 69 детей (55,2%) и рвоты - 18 (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи - 56 (44,8%), сухость и выпадение волос - 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей - 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки - 16 (12,8%). У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - "лакированный язык" - 32 (25,5%), так называемые "заеды" в углах рта, ангулярный стоматит - 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 - 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми - 57 (45,6%), плаксивыми, капризными - 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 - 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%). Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Вывод: Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

*Халилов О.Н, Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность В структуре заболеваемости детей раннего возраста обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест. Большая частота их

обусловлена высокой контагиозностью инфекции, различных аллергенов и анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, иммунобиологическими свойствами ребенка.

Целью настоящей работы явилось изучение реабилитации детей, перенесших обструктивный бронхит.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 детей от 3-х месяцев до 3-х лет с обструктивным бронхитом. У 86% детей имелись проявления фоновых заболеваний (экссудативно-катаральный диатез, рахит, анемия, гипотрофия). Болезнь у этих детей характеризовалась более затяжным течением, частыми рецидивами.

Эти дети были взяты на диспансерный учет и был составлен план н^амеченных реабилитационных мероприятий (диета, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, массаж, витаминотерапия).

Детям с рахитом и экссудативно-катаральным диатезом применялся электрофорез с кальцием, назначались антигистаминные препараты, пиковит по 1 ч.л 3 раза в день, УФО-терапия, массаж. При гипотрофии в комплекс лечебных мероприятий включали метандростенолон, УФО, массаж, УВЧ- терапия в межлопаточную область. Детям с анемией назначали ферронатогспензию по 1 ч.л. 2 раза в день в течение месяца. После проведенной реабилитации частота рецидивов и повторная заболеваемость сократилась, выздоровление происходило в более ранние сроки.

Результаты и обсуждение. Проведены отвлекающие процедуры (горячие ручные и ножные ванны с постепенным повышением температуры воды с 37°С до 41°С в течение 10-15 мин, горячие обертывания грудной клетки по Залманову, тепловые процедуры на грудную клетку (но не горчичники) пихтовые и другие масла, обладающие резким запахом.

Применение, ингаляционных форм симпатомиметиков позволяло уменьшить необходимую дозу лекарственного вещества и снизить системный эффект симпатомиметиков. При этом, положительный эффект отмечали уже через 10-15 минут. Лечебная физкультура и массаж грудной клетки, (особенно вибрационный), дыхательная гимнастика в обязательном порядке назначались вс^ер^ельным при нетяжелом течении и не на высоте обструкции.

Вывод: Таким образом, систематически проводимые реабилитационные мероприятия способствуют более быстрому улучшению состояния больных с обструктивным бронхитом и предупреждают повторную заболеваемость.

ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРЕНИРОВОК ДЫХАНИЕМ ЧЕРЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕРТВОЕ ПРОСТРАНСТВО

*Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Халилов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт Республики Узбекистана*

Актуальность Дополнительное мертвое пространство является одним из способов повышения функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Целью данной работы Нами проводилось исследование биомеханики дыхательного акта совместно с изучением газообмена до и после тренировок дыханием через дополнительное мертвое пространство в условиях покоя и физической нагрузки средней тяжести (60 Вт при скорости педалирования 50-60 об/мин) на велоэргометре КЕ-11. ДМП создавалось путем дыхания с помощью загубника, через трубки диаметром равным диаметру трахеи и объемом 1500 мл в течение 20 дней по 20 минут ежедневно. Исследование проводилось у 12 здоровых молодых мужчин в возрасте 20-30 лет.

Результаты и обсуждение. После тренировок дыханием через ДМП наблюдалось достоверное увеличение растяжимости легочной ткани и снижение сопротивления бронхов на выдохе (последнее изменялось от $4,36 \pm 0,54$ см вод ст/л сек до $2,69 \pm 0,51$ см вод ст/л сек).

В условиях физической нагрузки при достижении устойчивого состояния наблюдалось отчетливое снижение (по сравнению с до тренировочным периодом) сопротивление бронхов на вдохе (с $4,23 \pm 0,70$ см вод ст/л сек до $2,80 \pm 0,30$ см вод ст/л сек) и на выдохе (с $6,94 \pm 0,8$ до $5,00 \pm 0,50$ см вод ст/л сек) и снижение амплитуды внутригрудного давления ($P < 0,05$). Растяжимость легочной ткани в этих же условиях возрастала от $0,199 \pm 0,036$ л/см вод ст До $0,325 \pm 0,049$ л/см вод ст.

Энергетические затраты на литр вентиляции после проведение тренировок дыханием через ДМП снизились от $0,070 \pm 0,005$ кгм/л до $0,050 \pm 0,007$ кгм/л ($P < 0,001$). После тренировок дыханием через ДМП в восстановительном (после физической нагрузки) периоде имело место более быстрое возвращение всех показателей биомеханики дыхания к исходному уровню. Наиболее отчетливым было снижения внутригрудного дыхания и работы дыхания относительно до тренировочного периода.

Вывод: Таким образом, полученные данные показывают, что тренировки дыханием через ДМП улучшают показатели биомеханики дыхательного акта и способствует оптимизации функций дыхательного аппарата в ответ на физическую нагрузки

ГАЗООБМЕН В ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ КИСЛОРОДА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ

Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.

Каф.педиатрии ФУВ и ПП

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистана

Проведено изучение массопереноса O_2 в легких при повышенной и пониженной концентрации кислорода в артериальной крови. В качестве моделей измененного транспорта кислорода были выбраны естественные модели - онтогенетическая и хроническая гипоксемия при легочной патологии в сочетании с экзогенным изменением концентрации O_2 во вдыхаемом воздухе от 7% до 100%.

Целью данной работы Для анализа использованы данные, полученные на 287 наркотизированных собаках разного возраста, 100 практически здоровых людей и 156 легочных больных в фазе ремиссии с хронической гипоксимией различной степени. На основании экспериментальных данных была построена имитационная модель, учитывающая влияние P_{O_2} в альвеолярном газе, артериальной, смешанной венозной крови, величины шунтирующего кровотока, неомогенности легких диффузионных свойств легких и ряда других факторов на содержание кислорода в артериальной крови.

Показано, что основным механизмом, обуславливающим наличие альвеоло-артериальной разницы по O_2 при дыхании атмосферным воздухом, является венозная примесь, возникающая за счет анатомического шунтирования и неомогенности легких. При снижении концентрации кислорода во вдыхаемом газе существенное значение для оксигенации крови в легких имеют значение степень неомогенности и диффузионные свойства легких. Причем при более резкой гипоксии роль последнего фактора возрастает. Увеличение концентрации кислорода более 25% практически полностью компенсируют имеющиеся диффузные нарушения. Ведущим механизмом ответственным за наличие возрастающего альвеоло-артериального градиента в этих условиях является сброс венозной крови в артериальное русло, а при дыхании смесями с 80-100% главную роль играют анатомические легочные шунты По мере увеличения P_{O_2} скорость изменения содержание кислорода в артериальной крови резко падает (при увеличении P_{O_2} в артериальной крови со 150-200 г Па до 600 г Па содержание кислорода увеличивается менее чем на 10%), а артериальная венозная разница возрастает до 300-400 г Па.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований показывают, что наиболее эффективно оксигенация крови в легких происходит при напряжении O_2 в артериальной крови около 200-140 гПа; дальнейшее увеличение PO_2 для компенсации гипоксемии нецелесообразно.

Вывод: Разработанная нами модель позволяет приближенно оценить концентрацию кислорода во вдыхаемом газе, необходимого для обеспечения указанного напряжения порезультатом индивидуального обследования больного.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТХАРКИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

*Худойбердиева Х.Т., Халилов О.Н., Касимов Д.С., Хашимова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт Республики Узбекистана*

Актуальность. Изменение бронхиальной секреции при воспалительных процессах в бронхиальном дереве, обуславливающие нарушение мукоцилиарной активности дренажной, защитной функции, диктует необходимость назначения отхаркивающих средств. Одна из главных биологических функций бронхиальной секреции состоит в противомикробной защите и обеспечивается наряду с другими факторами - секреторными иммуноглобулинами.

Целью данной работы Нами представлены результаты исследования секреторного иммуноглобулина А в мокроте у больных с обострением бронхита до и после приема отхаркивающих средств. Содержание иммуноглобулинов в мокроте определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Для разграничения сывороточного секреторного иммуноглобулинов А, свободного секреторного компонента, каждый образец исследовали с анти а сывороткой, анти секреторной сывороткой и соответствующими им стандартами. Обследовано в динамике 56 больных, среди них у 12 диагностирован необструктивный бронхит, у 44 обструктивный. Исследование проводили первые 5 дней поступления в стационар. Антибиотики в этот период не назначались. Все больные получали настой термопсиса.

Результаты и обсуждение. При поступлении у всех больных в мокроте преобладал секреторный иммуноглобулин А. Соотношение секреторного и сывороточного IgA в мокроте составляло в 1 группе 58,4-41,6% во 2 группе 59,1-40,9%. По окончании приема термопсиса соотношение секреторного и сывороточного IgA изменилось, в 1 группе 41,7%-58,3% во 2 группе 39,7%-61,3%. Намечившаяся тенденция к преобладанию сывороточного иммуноглобулина А в мокроте после приема термопсиса особенно проявлялась у больных с эндоскопической картиной диффузного гнойного бронхита, что по видимому связано с повышением проницаемости слизистой, а также с усилением бронхиальной секреции не только за счет воспалительного процесса, но и как результат влияния термопсиса. Клинически у этих больных после приема термопсиса отмечено улучшение откашливания мокроты без усиления ее гнойности. При выписке из стационара те же показатели соответственно были в 1 группе 67,7- 33,3% во 2 группе 52,3%-47,7%. В обеих группах вновь отмечено преобладание секреторного IgA, но у больных с обструктивным бронхитом показатели ниже исходных.

У больных 1 группы эндоскопически очаговый бронхит, несмотря на преобладание сывороточного IgA после приема отхаркивающих средств, отмечена достоверная тенденция к количественному увеличению содержания секреторного IgA как после приема термопсиса, так и в момент выписки ($P < 0,05$). У больных в этой группе был достигнут положительный эффект. У больных с обструктивным бронхитом

и аналогичной эндоскопической картиной достоверного количественного увеличения секреторного IgA выявить не удалось.

Вывод: Клиническая эффективность лечения таким методом значительно лучше, чем у больных с очаговым необструктивным бронхитом.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хусанова Х.А. Солиева М.О.,
Андижанский государственный медицинский институт

Железодефицитная анемия (ЖДА) – необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловой сидерурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов – 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита – у 91 (72,6%), извращение вкуса – употребление земли, глины, мела – у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний у 69 детей (55,2%) и рвоты – 18 (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 56 (44,8%), сухость и выпадение волос – 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей – 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки -16 (12,8%). У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - “лакированный язык” - 32 (25,5%), так называемые “заеды” в углах рта - ангулярный стоматит – 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 – 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми – 57 (45,6%), плаксивыми, капризными – 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64–51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и среднетяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

БОЛАЛАРДА ТИШ ЭМАЛИ БОШЛАНГ'ИЧ КАРИЕСИНИ ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИ

Ҳамроева Д. Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

Мавзунинг долзарблиги. Кариес жараёнига эрта ташхис қўйиш ва унинг ривожланишини олдини олиш ҳозиргача замонавий стоматологиянинг бош ва охиригача о'рганилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади. Кариоз бо'шлиқ ҳосил бо'лишидан аввал кариоз жараённинг авж олишини то'хтатиш мумкинлиги жуда муҳим факт ҳисобланади. Кариоз шикастланишларни болаларда, касалликнинг эрта босқичларида аниқлаш, жарроҳлик усуллари қўлланмасдан даволаш энг долзарб ва мақсадга мувофиқ ҳисобланади .

Болалар ёшида тишлар кариеси билан касалланиш ҳолатларини камайтириш учун эмал кариесини консерватив даволаш самарадорлигини ошириш зарур, чунки бу консерватив даволашни самарали қилиш имконияти мавжуд бо'лган, кариеснинг ягона нозологик шакли, шу билан бирга у болалар стоматологиясида ажралмас ва долзарб вазифалардан бирини о'зида намоён этади .

Тадқиқот мақсади. Болаларда тиш эмали бошланг'ич кариесининг о'чоқли деминерализатсиясини бо'шлиқ ҳосил қилмасдан консерватив даволаш самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. 7 ёшдан 15 ёшгача бо'лган 30 нафар текширилди. Кариес жараённинг авж олганлиги БССТ индекси - КПУ бо'йича баҳоланди. Ог'из бо'шлиг'ида гигиена Э.М. Кузьмина (2000) ишлаб чиққан индекс ёрдамида баҳоланди. Болаларнинг ог'из бо'шлиг'ида бошланг'ич кариес, эмалнинг о'чоқли деминерализатсияси мавжудлиги тадқиқотга киритиш учун мезонлар бо'лди.

Тадқиқот натижалари. Даволаш тадбирларини олиб боришни бошлашдан аввал, барча болаларга ог'из бо'шлиг'ини санатсияси о'тказилди ва болалар тасодифий рандомизатсия усули билан 3 гуруҳга бо'линди. Биринчи гуруҳда - 10 нафар болаларда Эмал герметизатсияловчи ликвид препарати билан реминерализатсияловчи терапия олиб борилди. Иккинчи гуруҳда - 10 нафар болаларда «Аргенат бир компонентлик» кумуш диаминфторидига эга препарат қўлланди. Учинчи гуруҳда - 10 нафар болага эмални герметизатсияловчи ликвид билан реминераллаштиришдан 1 дақиқа олдин 0,01% хлоргексидин билан ог'изни чайиш ва тишлар аппликатсияси қўлланиб, уй'унлашган реминераллаштирувчи терапия олиб борилди.

Бошланг'ич кариесни даволашнинг барча усуллари материалларни ишлаб чиқарувчи компаниялар фойдаланиш бо'йича ёриқномада кўрсатган тарзда ва усуллар

бо'йича олиб борилди. Тадқиқот натижалари болаларнинг ҳар ёш гуруҳида 3, 6 ва 12 ойдан кейин баҳоланди.

Хулоса: Шундай қилиб, даволаш-профилактика реминерализатсия терапиянинг мажмуига 0,01% хлоргексидин эритмаси билан оғ'изни чайиш ва аппликатсиянинг киритилиши тишларнинг силлиқ юзаларида жойлашган эмалнинг о'чоқли деминерализатсия ко'ринишидаги бошланг'ич кариоз шикастланишларни реминераллаштириш самарадорлигини ошириш имконини беради.

Кариоз жараён о'тқир кечаётган болаларга, бу ҳақида эмалда о'чоқли деминерализатсия мавжудлигидан дарак беради, кариоз жараён ривожланишини келтириб чиқарувчи умумий хавф омилларини бартараф этиш билан бир қаторда, фторлок препарати, эмални герметизатсияловчи ликвид билан чуқур фторлаш даволаш-профилактика реминераллаштирувчи терапиянинг қолланиши бошланг'ич кариес шикастланишларининг катта ҳиссасини реминераллашувига, кариеснинг тург'унлашуви ва доғ' босқичига қайтишига олиб келади, ушбу самарадорлик реминераллаштирувчи терапия олиб борилганидан кейин 3 ва 6 ой, шунингдек 1 йил давомида юқори даражада сақланди, бу мазкур препаратларни болаларда даволаш-профилактикаси эмалнинг о'чоқли деминерализатсиянинг реминераллаштирувчи терапиясида кенг қоллаш учун тавсия этиш имконини беради.

Барча кузатув даврларида реминераллаштирувчи терапияни 0,01% хлоргексидин антисептиги билан комплекс олиб боришда даволаш самарадорлигининг кучайганлигини таъкидлаш жоиз.

СЕМИЗЛИГИ БУЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА АКУШЕРЛИК АСОРАТЛАРИНИНГ ЧАСТОТАСИ

Шавази.Н.Н., Юнусова.З.М.

*Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети
Самарқанд, Ўзбекистан.*

Мавзунинг долзарблиги. Ортиқча вазн замонавий жамиятнинг долзарб муаммоси бўлиб, у биринчи навбатда касалликнинг кўпайиши билан эпидемияга айланди. Семириб кетиш муаммосининг долзарблиги, тана вазни меъридан ортиқ аёлларнинг ко'пайиши билан боғлиқ. Шунингдек, бу аёлларда туғруқдан кейинги даврда акушерлик асоратларини ривожланиш хавфи юқори. Семизлик ҳар йили иқтисодий ривожланиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда тобора жиддий тиббий ва ижтимоий муаммога айланиб бормоқда.

Овқатланиш одоби деганда диетага оид стереотипларни шакллантирадиган ва ҳар бир инсон учун индивидуал равишда озик-овқатга бўлган муносабат, одат ва ҳиссиётларни о'з ичига олган озик-овқатга бўлган қиймат муносабати тушунилади. Ҳозирги кунда "углевод чанқог'и" каби атама ҳатто адабиётда ҳам пайдо бўлди, бунда одам зудлик билан ширин ва ёғли овқатларга муҳтожлик сезади. Бундан ташқари, бу наркотикга о'хшайди ва у ёқ бўлганда, одам депрессия ҳолатига тушади, бу биров абстинентсияни эслатади. Хулқ-атворнинг чекланган тури ҳаддан ташқари қаттиқ диета кузатилганда, "парҳезли депрессия" деб аталадиган ривожланиш фонида ҳаддан ташқари овқатланиш даври о'згариб туради.

Тадақиқот мақсади: Тадақиқотнинг мақсади тана оғ'ирлиги ошган аёлларда ҳомиладорликнинг клиник ҳолатини о'рганиш эди.

Материаллар ва методлар: Белгиланган мақсадга мувофиқ, тадақиқотда тана вазнининг ко'пайиши ёки семириб кетган 70% ҳомиладор аёл иштирок этди. Антропометрик ма'лумотларни баҳолаш бо'йича тавсияларга биноан бо'йи, тана вазни, тана массаси индекси (БМИ) аниқланди. Барча аёллар, текширув протоколидан ташқари, уларнинг розилиги билан, қизил югуриш антикоагулянтини аниқлаш билан

гемостазиограммадан о'тдилар. Ушбу тадқиқот мақсадга ко'ра, тана вазни юқори бўлган ҳомиладор аёллар ҳар бир триместерда липопротеинлар кўрсаткичларига кўра кузатиб боориш ва овқатланиш одобини коррекция қилиш амалга оширилди. СамМИ 1-клиникаси акушерлик бо'лимида статсионар кузатув ва даволаш олиб борилди. Ҳомиладор аёлларнинг гуруҳларга тақсимланиши семириш даражасини ҳисобга олган ҳолда тузилган.

Кузатув пайтида овқатланиш одобини ҳар бир триместерда липопротеинлар кўрсаткичини инобатга олган ҳолда коррекция қилинди.

Тана массаси индексини ҳисоблаш учун формула (БМИ (кг / м²)), унга ко'ра семириш даражаси баҳоланди, Тана узунлиги ва тана вазни о'лчанган.

Липид метаболизмининг бузилиши даражаси (умумий холестерин, триглитсеридлар, юқори липопротеинлар ва паст зичлик (ХДЛ ва ЛДЛ)) липопротеинлар миқдори билан белгиланди.

Тадқиқот натижалари: Гормонал профилни о'рганишда куйидаги о'згаришлар аниқланди. 62 (88,6%) аёлда гипопротестеронемия аниқланди ва фақат саккизта (11,4%) беморда қондаги протестерон даражаси нормал ко'рсаткичларга то'ғри келди. Юқоридаги аёлларнинг саккизтаси ҳам биринчи тематик гуруҳга мансуб эди. 51 (72,9%) ҳомиладор аёлда гиперандрогенизм аниқланди. Гемостаз тизимини о'рганиш натижаларига ко'ра 45 (64,3%) аёлларда ички коагулятсия омиллари фаоллиги ва тромботситлар функционал фаоллигининг ошиши туфайли гиперкоагулятсион синдром аниқланди; 25 (35,7%) да - С протеинлар тизимидаги сезиларли бузилишлар. Гиперфибриногенемия 57 (81,4%) ҳомиладор аёлларда топилган. Бундан ташқари, БМИ о'сиши билан фибриноген даражаси ҳам ошди. Бу гиперфибриногенемия гипертриглицеридемия ва гиперинсулинемия билан бир қаторда МС нинг таркибий қисми эканлиги исботланган ҳақиқатни тасдиқлайди.

Хулоса: Шундай қилиб, семириб кетган одамларда платсента дисфунксияси ҳомила ўлимига олиб келадиган асосий омил ҳисобланади. Интраутерин гематома шаклланиши билан мураккаб бо'лган ҳомиладорликнинг тугаши билан, гематоманинг локализатсияси, ҳажмини ҳисобга олиш, эмбриондан ташқари тузилмалар ҳолатини, тухумдоннинг сариқ танасини, ҳомиладорликни бошқаришнинг оқилона тактикасини танлаш учун унинг қон томирланишини ҳисобга олиш керак.

ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.

Шамансуров Ш.Ш., Абдукадырова И.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Актуальность: Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, численность населения с социально значимыми дефектами слуха к 2000 г. возросла на 21%. Проблема нейросенсорной тугоухости и глухоты у детей постоянно находится в центре внимания исследователей. Это объясняется тем, что число детей с тугоухостью и глухотой не снижается, а многие факторы, воздействующие на орган слуха растущего организма ребенка, приобретают в современных условиях все большее значение. Между тем, определение распространенности заболевания в детской популяции, выявление неблагоприятных факторов, наиболее часто приводящих к рождению детей с тугоухостью или способных вызвать снижение слуха, особенно в раннем возрасте, позволяют провести эффективные профилактические мероприятия для предотвращения данной патологии. (Медеулова А.Р. и соавт. 2018г).

Считается, что примерно половина всех случаев врожденной глухоты имеет наследственную этиологию. Около 75% всех случаев несиндромальной наследственной глухоты приходится на аутосомно-рецессивные формы, 20-25% - на аутосомно-

доминантные, и несколько процентов - на сцепленную с X-хромосомой и митохондриальную формы потери слуха. Потеря слуха является важной медико-социальной проблемой, затрагивающей более чем 10% населения мира.

Нейросенсорная тугоухость (НСТ) относится к заболеваниям, диагностика и прогнозирование развития которых не теряют своей актуальности. Причины, лежащие в основе формирования врожденной и приобретенной НСТ, связаны с метаболическим и гипоксическим поражением нервной ткани. В то же время закономерность корреляции показателей метаболизма, кровотока и функции распространяется применительно к функционированию головного мозга. По данным различных авторов, патологией уха страдает от 6% до 36% населения в мире, из них у 60-80% имеются нейросенсорные нарушения слуха.

Целью работы. являлось изучение отоневрологических особенностей у больных с нейросенсорной тугоухостью.

Материал и методы исследования: На клиническом наблюдении находились 65 больных в возрасте от 3 до 5 лет. Всем пациентам были проведены расширенное клиничко-неврологическое обследование, КСВП, ЭЭГ и МРТ головного мозга.

Результаты: При определении степени нарушения слуха были получены следующие результаты: тугоухость 2 степени — у 10(20 %) больных, 3 степени — у 10 (20 %) больных, 4 степени — у 40(60 %) больных. К факторам, способствующим формированию врожденной тугоухости и глухоты следует отнести асфиксию в родах (29,7%) , патологию беременности (28,5%), недоношенность (21,2%), инфекционные и вирусные заболеваниями матери во время беременности (15,5%), прием ототоксических лекарственных препаратов во время беременности (10,3%), гемолитическую болезнь новорожденных(6,7%), родовую травму шейного отдела позвоночника (5,8%). У большинства детей отмечалась рассеянная органическая неврологическая симптоматика, в виде центральной недостаточности VII и XII пар ЧМН, анизорефлексии, оживления сухожильных рефлексов.

Нами было проведено индивидуальный анализ параметров волн КСВП у больных сенсоневральной тугоухостью при условии отсчета интенсивности стимулирующего сигнала от порога слышимости каждого больного (дБ SL). Характерным для сенсоневральной тугоухости является появление всех комплексов КСВП уже при интенсивности стимула 10 дБ над порогом слышимости обследуемого, затем происходит резкое укорочение латентности всех компонентов КСВП, а при дальнейшем усилении интенсивности время возникновения комплексов укорачивается очень незначительно. Эта динамическая особенность возникновения волн КСВП и придает кривой функции интенсивность/латентность L-образную форму, которая типична для большинства больных сенсоневральной тугоухостью. Волны КСВП у данных пациентов имеют достаточно четкую форму и хорошо дифференцируются.

У 16 (24 %) больных на ЭЭГ регистрировалась эпилептиформная активность, у 11 (16 %) больных на ЭЭГ регистрировалась острovolновая активность в затылочных отделах головного мозга, у 41 (60 %) больных — условно-нормальное ЭЭГ.

У больных с нейросенсорной тугоухостью на МРТ головного мозга у 1 больного наблюдались признаки арахноидальной кисты левой височной области, у 8 (11,8 %) больных с перинатальным поражением нервной системы определены легкая перивентрикулярная лейкомаляция как следствие гипоксических поражений головного мозга.

Выводы: Комплексное обследование детей с использованием клиничко-инструментальных исследований позволяет определить структуру этиологических факторов, приводящих к нарушению слуха у детей и влияющих на динамику заболевания.

Выявление уровня поражения слухового анализатора, что возможно при помощи КСВП, и степени потери слуха позволит наиболее рационально планировать и осуществлять индивидуальные терапевтические и реабилитационные мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.

Шамансуров Ш.Ш., Абдукадырова И.К.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

В настоящее время проблема нейросенсорной тугоухости (НСТ) не теряет своей актуальности. Причины, лежащие в основе формирования врожденной и приобретенной НСТ, связаны с метаболическим, токсическим и гипоксическим поражением нервной ткани. В то же время закономерность корреляции показателей метаболизма, кровотока и функции распространяется применительно к функционированию головного мозга. Характер нарушения функций центральной нервной системы слабослышащих детей влияет на особенности генерирования зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). Конфигурации ранних и поздних компонентов ЗВП существенно различаются у слабослышащих и здоровых детей. При нейросенсорной тугоухости (НСТ) различного генеза амплитуда негативного компонента ЗВП снижена во фронтальных, височных и затылочных областях обоих полушарий мозга по сравнению с контролем. Установлено, что снижение амплитуды позитивных компонентов ЗВП связано с нарушением функции внимания слабослышащих школьников.

Расстройства слуха у детей раннего возраста имеет значительные различия от пациентов старшего возраста, поскольку нарушение слуха у детей влечет за собой отклонения формирования речевого развития, интеллекта и личности ребенка. Решающее значение при появлении, формировании и функционировании речи имеет слуховой анализатор, являющийся средством общения, мышления и мировоззрения. При длительных ограничениях сенсорных систем у детей младшего возраста появляются вторичные изменения коры головного мозга

Результаты проведенных исследований позволили предположить, что слуховая депривация с рождения или раннего возраста оказывает значительное влияние на развитие периферической зрительной системы.

Целью работы. являлось изучение клинико-неврологических и нейроофтальмологических нарушений у детей с нейросенсорной тугоухостью.

Материалы и методы: На клиническом наблюдении находились 60 больных в возрасте от 3 до 6 лет. Испытуемым проводили аудиологическое обследование компьютерным аудиометрическим методом. Испытуемые были разделены на две группы в зависимости от генеза развития тугоухости:

- 1.НСТ, возникшая в результате воздействия инфекционно-токсических факторов в перинатальном периоде (врожденное нарушение слуха);
- 2.НСТ в результате воздействия экзогенных факторов среды в постнатальном онтогенезе, в том числе перенесенных в раннем возрасте инфекционных заболеваний (приобретенное нарушение слуха). Регистрацию суммарной биоэлектрической активности мозга (ЭЭГ), выделение и анализ зрительных вызванных потенциалов осуществляли с использованием компьютерного энцефалографа.

При обследовании пациентов регистрация КСВП было произведено четырехканальным компьютерным аппаратом «Нейро-МВП». Длиннолатентные зрительные вызванные потенциалы определяли на вспышку 50 Лк (0,5 Дж) длительностью 4 мс, межстимульный интервал равнялся 2 с (n = 100) с

вероятностной девиацией 25%. Оценивали абсолютные амплитуды компонентов относительно базовой линии, расчет которой осуществляли относительно физического нуля. Латентный период (ЛП) пика измеряли относительно момента начала стимуляции. При анализе полученного материала выделяли компоненты вызванного потенциала: P1 (позитивный -до 60 мс), N1 (негативный - до 75 мс), P2 (до 140 мс), N2 (до 170 мс), P3 (до 220 мс), N3 (до 260 мс), P4 (300) (до 320 мс) [4, 5].

Результаты: Первоначально поводом к обращению пациентов к специалисту являлись жалобы на отсутствие речи и реакции на звуки, нарушение этапов психоречевого развития, вследствие чего у данных пациентов было выявлено нейросенсорная тугоухость различной степени и глухота. В плановом порядке всем пациентам было произведено расширенное клиничко-неврологическое обследование, СВП, ЗВП, ЭЭГ и МРТ головного мозга.

При определении степени нарушения слуха были получены следующие результаты: тугоухость 2 степени — у 9(16 %) больных, 3 степени — у 11 (17 %) больных, 4 степени — у 40(67 %) больных. К факторам, способствующим формированию врожденной и приобретенной тугоухости и глухоты следует отнести асфиксию в родах (29,7%) , патологию беременности (28,5%), недоношенность (21,2%), инфекционные и вирусные заболеваниями матери во время беременности (15,5%), прием ототоксических лекарственных препаратов во время беременности (10,3%), гемолитическую болезнь новорожденных(6,7%), родовую травму шейного отдела позвоночника (5,8%). Вместе с тем, что у большей части детей с НСТ было выявлено рассеянная органическая неврологическая симптоматика, а также центральная недостаточность VII и XII пар ЧМН, анизорефлексии, оживления сухожильных рефлексов. При исследовании анамнеза у 48 (85 %) пациентов выявили признаки перинатального поражения нервной системы. При обследовании ЭЭГ у данных пациентов было зарегистрировано у 16 (24 %) больных эпилептиформная активность в глубинных отделах головного мозга. Вместе с тем, у 11 (16 %) больных на ЭЭГ была произведена регистрация островолновой активности в затылочных отведениях, а также у 41 (62 %) больных выявилось условно-нормальные результаты ЭЭГ. В соответствии с полученными результатами у детей с нарушениями слуха 2-5 летнего возраста максимум для компонента P1 регистрировалось на затылочной области. Вместе с тем, у детей с врожденной нейросенсорной тугоухостью регистрация максимум компонента P1 было выявлено в правом полушарии, а у детей с приобретенной обнаружено в левой области головного мозга. У детей лет с НСТ два максимума амплитудных значений компонента N1 присутствовали в лобной и левой затылочной областях. Кроме того, в этих областях мозга обнаружена асимметрия формирования компонента N1: у детей с приобретенной НСТ - преимущественно в правом, а у детей с врожденной - в левом полушарии. У больных с нейросенсорной тугоухостью на МРТ головного мозга у 36 (61%) больных наблюдались корково-подкорковая атрофия, у 14 (24 %) больных псевдопорэнцефалия, у 9 (15%) больных диффузное снижение плотности белого вещества.

Выводы: Расширенное обследование детей с нарушением слуха с использованием клинических, отоневрологических, офтальмологических функциональных исследований, дает возможность определить структуру различных факторов, которые приводят к нарушению слуха у детей и имеют влияние на дальнейшее течение заболевания.

В результате исследования характеристик зрительных вызванных потенциалов у детей с НСТ получены данные, указывающие на наличие взаимосвязи между степенью и характером нарушения функций ЦНС и их влиянием на процессы генерирования компонентов ЗВП.

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРУПНОГО ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ

Шаматова. М.И. Д.А.Закирходжаева.

ТашПМИ, кафедра акушерство и гинекология, детская гинекология

Актуальность: Частота родов крупным плодом, по данным литературных источников, в последние годы составляет 4,5–20 %. Роды плодом с массой тела 4000–4500 г наблюдаются в 7,6 %, 4500–5000 г - в 1,2 %, 5000 г и более — в 0,2 % случаев. Высокие показатели асфиксии (9,2–34,2 %), родового травматизма (10,9–24 %) при родах крупным плодом через естественные родовые пути имеют большое медицинское и, несомненно, социальное значение. Одной из важнейших причин, определяющих уровень заболеваемости детей, родившихся крупными, является диспропорция между размерами головки и тазом матери в родах. Частота клинически узкого таза варьирует от 7,9 до 12,1% к общему числу родов, доля крупного плода в структуре данного осложнения составляет 48%

Цель: Улучшение исходов беременности и родов для материи новорождённого путём совершенствования прогнозирования и диагностики крупного плода.

Научная новизна: Изучены частота и ведущие факторы риска, оценена их значимость в развитии крупного плода.

Материал исследования: Проведено обследование 100 женщин в третьем триместре беременности, в родах и послеродовом периоде, из которых у 70 гестация закончилась рождением крупного плода (основная группа) и у 30—плода с нормальной массой (контрольная группа).

Методы исследования: Объективное исследование беременных включало общий осмотр, наружное акушерское исследование и измерение антропометрических и фетометрических показателей.

Инструментальные методы исследования включали в себя комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ) фетоплацентарной системы кровотока. Эхография, доплерометрические исследования.

Ожидаемый результат: Разработка алгоритма диагностики крупного плода, профилактика и оптимизация беременности и родов с использованием всех указанных методов исследования.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Исмоилова Ш.С.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент*

Актуальность проблемы. Независимо от уровня детской смертности, наиболее частыми причинами смерти новорожденных являются недоношенность и врожденная пневмония. Внедрение в практику новых технологий лечения позволило улучшить успехи выхаживания таких новорожденных, в том числе с морфофункциональной незрелостью. Однако частота неблагоприятных исходов остается очень высокой. Огромная роль в развитии пневмоний отводится модифицируемым факторам риска: отягощенному акушерско-гинекологическому анамнезу матери, тяжелым нарушениям центральной нервной системы, гипотрофии II-III степени; врожденным порокам развития и др. Длительная внутриутробная гипоксия, вызывает повреждение легкого, снижает дренажные функции воздухоносных путей, приводит к дефициту и недостаточной активности легочных макрофагов, что является благоприятным фоном

для развития пневмонии. Возбудителями пневмонии могут быть различные микроорганизмы, вирусы, бактерии, грибки. Поэтому важно комплексное изучение особенностей клинических проявлений и факторов риска развития заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения врожденной пневмонии у новорожденных детей и выделить предикторов их развития.

Материал и методы исследования. Проспективные исследования проводилось у 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. Диагноз ВП ставился на основании жалоб матери, тщательно собранного анамнеза, клинических симптомов, физических параметров новорожденных, обязательного рентгенологического подтверждения. В процессе выполнения работы использованы общеклинические методы исследования. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишера-Стьюдента.

Результаты исследования. У всех наблюдаемых детей тщательно анализировался анамнез матери в период беременности и родов. Оценка анамнестических данных показали, что большинство новорожденных с ВП родились от II-III беременности – 42,8% соответственно, от I беременности – в 34,3% случаев, от IV и более беременности – 22,9% детей. При оценке распределения новорожденных по половой принадлежности обнаружилось статистически значимое преобладание мальчиков в 65,7% случаев. Считается достоверным факт, что у новорожденных мужского пола снижена резистентность к инфекционным агентам, и они заболевают чаще и имеют неблагоприятный исход пневмонии, чем девочки.

В начале исследования нами были изучены факторы риска развития ВП у новорожденных. При анализе состояния здоровья матерей было выявлено, что чаще выявлялась анемия, которая встречалась у 77,1% женщин. Наиболее высокий удельный вес данных за урогенитальную инфекцию отмечалось у женщин в виде обострения пиелонефрита у 20,0%. Кроме того, среди других антенатальных факторов риска у матерей детей чаще выявлялась ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция) во 2-3 триместре беременности - у 62,9%. Достоверно чаще в группе родильниц новорожденных с внутриутробными пневмониями отмечались воспалительные заболевания женской половой сферы – 31,4%. Нами выявлено, что сочетание дисфункций двух и более патологических состояний организма у женщины достоверно чаще приводит к различной патологии плода, что является высокой степенью риска развития ВП у новорожденных.

На развитие повреждающих факторов у новорожденных большое влияние имеет тактика нерационального ведения родов, применение инструментальных пособий, операция кесарева сечения. Исследование показало, что 28,6% детей родились путем кесарева сечения, и у 42,9% матерей детей был длительный безводный период (более 24 часов).

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%. Со стороны органов дыхания

превалировало тахипноэ, чем брадипноэ 62,9% и 37,1% соответственно. У новорожденных отмечалось ослабленное дыхание 74,3%. У большинства детей отсутствовал сосательный рефлекс 60,0%.

При анализе результатов рентгенологического исследования новорожденных с ВП выявлялись двусторонние очаговые пневмонии – у 54,2%, правосторонние очаговые – у 31,4% и реже - левосторонние очаговые пневмонии – у 14,3% детей.

Анализ этиологической структуры пневмонии новорожденных показал, что причиной развития ВП явилось интранатальное инфицирование плода и новорожденного микроорганизмами различной этиологии. Так, при транспланцентарном пути инфицирования особое место имела цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, которые были выявлены у 22,9% новорожденных. Также были выявлены грамотрицательные микроорганизмы в 77,1% случаев, среди которых преобладали энтеробактерии – у 66,7%, которые были представлены *Pseudomonas aeruginosa* (38,9%), *Escherichia coli* (27,8%) и *Klebsiella pneumoniae* (33,3%).

Выводы. Таким образом, в ходе анализа анамнестических данных матерей новорожденных детей с диагнозом врожденной пневмонии были выявлены предикторы риска и развития: отягощенный акушерский анамнез, мужской пол ребенка, асфиксия. Выявлены характерные клинические особенности внутриутробных пневмоний у новорожденных и определены в этиологической структуре цитомегаловирусная, герпетическая инфекция и грамотрицательные микроорганизмы.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш. Б., Мирсалихова Н.Х., Атажанов Х. П., Ибрагимова Ж.Ф.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Республика Узбекистан, город Ташкент, кафедра Госпитальной и поликлинической педиатрии Ташкентской медицинской академии Ургенчского филиала, Республика Узбекистан, Хорезмская область

Актуальность. Актуальность проблемы дефицита витамина D для здоровья детей и подростков подтверждена большим количеством исследований во всем мире на различных географических широтах. Дефицит витамина D является непризнанной эпидемией, во всем мире насчитывается около 1 миллиарда человек, имеющих недостаток или дефицит витамина D. В последние годы появляется все больше исследований относительно распространенности дефицита витамина D в детских популяциях. При МВ высокая частота недостаточности витамина D связана с нарушением гидроксилирования холе- и эргокальциферола в печени, снижением уровня витамин D-связывающего белка, уменьшением абсорбции витамина D в кишечнике вследствие панкреатической экзокринной недостаточности и синдрома мальабсорбции, ограничением пребывания на солнечном свете из-за фотосенсибилизации при приеме некоторых антибиотиков, снижение возможности депонирования витамина D вследствие недостаточности жировой ткани. Для пациентов с МВ, недостаток содержания витамина D может иметь неблагоприятные последствия, в первую очередь, связанные с формированием остеопороза и прогрессирование хронического микробно-воспалительного процесса в дыхательном тракте.

Цель исследования: оценить уровень витамина D у детей с муковисцидозом.

Материалы и методы. Было проведено биохимическое исследование содержания витамина D в сыворотке крови у 120 наблюдаемых больных детей с муковисцидозом. Контрольную группу составило 40 практически здоровых детей. Уровень витамина D определялся методом иммуноферментного анализа с помощью диагностической тест-системы EUROIMMUN 25-OH Vitamin D ELISA E150519 ВУ производства

EUROIMMUN AG. Тест-система предназначена для определения двух изоформ суммарного D3 и D2.

Результаты исследования. По результатам исследования, проведенного в РСНПМЦП, уровень витамина D менее 30 нг/мл был выявлен у 90% и средний уровень витамина D у детей с МВ составил 16,8 (6,0–40,6) нг/мл. При анализе полученных данных нормальный уровень витамина D выявлен у **12 (10,0 %)** детей с МВ и у **22 (55,0%)** детей контрольной группы. Недостаточный уровень витамина D в сыворотке крови (25(OH) D менее 30 нг/мл) обнаружен у **24 (20,0 %)** больных и лишь у **12 (30,0%)** здоровых детей. Дефицит **уровня** витамина D выявлен у **39 (32,5 %)** детей с МВ и у **6 (15,0%)** детей контрольной группы. Выраженный дефицит у **45(37,5%)** детей с МВ и у **0,0** детей контрольной группы. После проведенного дифференцированного лечения в группе детей с МВ через **3,6,12** месяцев отмечалась достоверная положительная динамика содержания витамина D, в частности: $31,55 \pm 0,72$ нг/мл - через 3 месяца, $33,55 \pm 0,69$ нг/мл – через 6 месяцев, $31,64 \pm 1,08$ нг/мл – через 12 месяцев, при этом уровень витамина D увеличился в 2,2 раза и приблизился к показателям практически здоровых детей. Оценка, результатов катamnестических наблюдений в течение года у детей показала уменьшение частоты обострений, положительный эффект дифференцированной терапии проявлялся в стабилизации процесса, улучшении клинического состояния детей с муковисцидозом.

Выводы. Таким образом, при изучении результатов исследования концентрации 25(OH)D было выявлено высокое число наблюдений с выраженным дефицитом (25(OH)D менее 10,0 нг/мл) **45 (37,5%)** в Узбекистане, несмотря на более высокую продолжительность солнечного сияния, которое связано с отсутствием профилактических мероприятий, направленных на борьбу с гиповитаминозом D в Узбекистане.

ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ

*Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш. Б., Атажанов Х. П.,
Абдуллаева М.К., Ибрагимова Ж.Ф.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Республика Узбекистан, город Ташкент, кафедра Госпитальной и поликлинической педиатрии Ташкентской медицинской академии Ургенчского филиала, Республика Узбекистан, Хорезмская область

Актуальность. В последние годы в мире все чаще встречается наследственное заболевание муковисцидоз (cystic fibrosis) - аутосомно-рецессивное заболевание человека, обусловленное мутацией гена (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR), резко сокращающее продолжительность и качество жизни детей. **Определение частоты и характеристику мутаций моногенного заболевания для конкретных популяций позволяет оптимизировать ДНК-диагностику, сократив ее себестоимость и время проведения.** В нашей стране особое внимание отводится совершенствованию системы здравоохранения и социальной защиты нашей страны, включая раннюю диагностику, лечение и профилактику генетических заболеваний.

Цель исследования: изучить характеристику генетических мутаций муковисцидоза у детей.

Материалы и методы. Было проведено широкое клинико-лабораторное исследование у **45** наблюдаемых больных детей с муковисцидозом. Были проанализированы на наличие редких вариантов CFTR путем массового параллельного секвенирования всей кодирующей области CFTR и соседних интронов в сочетании с анализ перегруппировок внутри CFTR.

Результаты исследования. Впервые в Узбекистане нами были изучены более 2000 наиболее частых мутаций гена CFTR (1480 аминокислот, 168 кДа), ассоциированных с муковисцидозом, из которых были выявлены 8 достоверно значимых маркера: F508del, 2143delT, R709X, Y569D, 451 del8, G85E, 546insCTA, N1303K. Анализ генетической ассоциации гена CFTR у детей с муковисцидозом наиболее частой и достоверной была мутация CFTR-F508del у 14 (31%) детей в гомозиготном состоянии, также у 6 (13,3%) - 2143delT, у 4 (8,9%) - R709X, у 2 (4,4%) - Y569D и у 5 (11,1%) - N1303K детей в гомозиготном состоянии. В гетерозиготном состоянии F508del/G85E – у 2 (4,4%), 451del8/ F508del – 3 (6,7%), 2143delT/ Y569D – 4 (8,9%), 546insCTA/ F508del – 2 (4,4%) и у троих детей было выявлено носительство по мутации - 451 del8/n, F508del/n, 2143delT/n. Все дети с идентифицированными мутациями CFTR-F508del и CFTR -2143delT клинически характеризовались тяжелым течением муковисцидоза. Выявлены пять ранее неописанные мутации CFTR в Узбекистане - 451 del8, R709X, Y569D, 546insCTA, G85E. Три новые варианты мутаций выявлены у пациентов в гетерозиготном состоянии, в сочетании с одной из частых мутаций гена и два новые варианты встречались в гомозиготном состоянии. У 45 пациентов с двумя идентифицированными CFTR аллелями определены 8 разные мутации: 5 из них относятся к «тяжелым»; 3 - к «мягким» в соответствии с тяжестью поражения поджелудочной железы. Группу больных МВ с «тяжелыми» генотипами составили 31 пациент с двумя «тяжелыми» мутациями - мутациями I, II и/или III классов; в группе с «мягкими» генотипами - 14 пациента, имеющих, по крайней мере, одну «мягкую» мутацию - мутации IV, V или VI классов. В этих группах проведена оценка ряда клинических симптомов, характеризующих степень вовлеченности органов системы пищеварения и органов дыхания в патологический процесс. Заболевание начинается достоверно раньше у больных с «тяжелыми» генотипами, и начало кишечного синдрома отмечается у этих пациентов также в более раннем возрасте.

Выводы. Таким образом, впервые в Узбекистане выявлены пять ранее неописанные мутации CFTR – 451 del8, R709X, Y569D, 546insCTA, G85E. Все дети с идентифицированными мутациями CFTR-F508del и CFTR-2143delT клинически характеризовались тяжелым течением муковисцидоза. Выявлена достоверная роль наиболее часто встречающиеся в Узбекистане 2 мутации гена CFTR- F508del и CFTR-2143delT.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ.

*Шамсиев Ш.Ж., Белялов А.М., Собирова Н.И.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет*

Введение: Врожденная срединная киста и свищи шеи – сравнительно частая патология и встречается до 2% детей. Осложнением врожденных срединных кист шеи является воспаление и нагноение. По поводу чего они обращаются к хирургу поликлиники и после вскрытия и спадения признаков воспаления кисты временно исчезают, но не исчезает сама причина, что приводит к рецидиву заболевания.

Цель исследования – улучшить результаты лечения врожденных кист и свищей шеи.

Материал и методы исследования: Во 2-клинике СамМИ с период с 2016 по 2020 года находилось на стационарном лечении 73 больных с предварительным диагнозом: врожденная срединные киста и свищи шеи. Из них у 49 (67%) больных отмечалось киста шеи, а у 24 (32%) больных свищ. Соотношение по полу преобладали девочки: девочек было 37 (50%), мальчиков 36 (49%). В возрасте до 3-х лет было 23

(31%), до 7 лет – 22 (30%), от 7 до 18 лет – 28 (%). Из них 13 городских составило 13 (17%) больных, а сельских 60 (82%). Рецидивов было - 2 (2%) пациентов. Первично обратились 49 (67%) больных, повторных обращений было 13 (18%), 11 (15%) больных поступило после неоднократного вскрытия нагноившейся кисты.

Результаты: Все больные после полного клинико – лабораторного обследования были прооперированы. При этом интраоперационно у 7 (9%) больных диагностирована атерома, которые были удалены. В остальных случаях обнаружена срединная киста или свищ шеи, при этом хирургическая тактика заключалась в иссечении свищевого хода или кисты с частичной резекцией прилежащего к ним тела подъязычной кости. При изучении непосредственных и отдаленных результатов лечения обнаружено, что повторного рецидива заболевания не отмечалось.

Заключение: Таким образом, при хирургической коррекции врожденных кист или свищей шеи предпочтение следует отдавать к иссечению кисты или свища с частичной резекцией прилежащего к ним тела подъязычной кости, что позволяет значительно улучшить результаты лечения.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шарипов Р.Х., Расулов А.С., Расулова Н.А.

Самаркандский Государственный Медицинский университет

Актуальность проблемы: Перинатальные гипоксия и асфиксия сопровождаются изменением церебральной гемодинамики, которая в настоящее время является доминирующей гипотезой патогенеза последствий перинатального поражения нервной системы (ППНС) у новорожденных. Из вышеизложенного вытекает необходимость проведения терапии, направленной на нормализацию общего и мозгового кровообращения, а также нейротрофической – стимулирующей репаративные процессы в мозге. А это, в свою очередь, приводит к длительному назначению некоторых препаратов и лекарственных веществ, которые вводятся в организм парентерально. Известно, что каждая инъекция наносит ребенку физическую и психологическую травму, особенно, если эти инъекции болезненные. Витамин В-6 и магния сульфат как раз относятся к вышеуказанным препаратам, причем эти препараты дети вынуждены получать параллельно и длительно. Отсюда возникает необходимость выбора наиболее доступных и безболезненных медикаментов. В этой связи Магне В-6 является наиболее оптимальным, так как в нем сочетаются «два препарата в одном».

Цель исследования: явилось изучение влияния препарата Магне В-6 на состояние детей грудного возраста с проявлениями ППНС.

Магний совместно с витамином В-6 улучшают мозговое кровообращение, оказывают нейрометаболическое действие. Наиболее важно участие ионов магния в биоэнергетических процессах, он влияет на возбудимость и проводимость нервной ткани.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 93 ребенка первого года жизни, у которых на фоне основного заболевания имелись проявления перинатальной энцефалопатии. В результате физикального обследования больных детей отмечалось раскрытие сагитального шва, малый родничок у всех детей был открыт, размеры большого родничка оказывались свыше 3х3 см, выявлялся непостоянный горизонтальный нистагм, синдром «заходящего солнца».

Нами назначался Магне В-6 внутрь один раз в сутки в дозе 6- 8 мг/кг массы тела. Курс лечения составил 15-20 дней. Назначение пероральной формы препаратов магния и витамина В-6 было выбрано, как было указано выше, с этической точки зрения. На

фоне проводимого лечения состояние детей значительно улучшилось, отмечена положительная динамика уже на 5-7 день пребывания в стационаре.

Результаты исследования: Критерием эффективности явилось клиническое улучшение состояния больных, снижение внутричерепной гипертензии, улучшение сна, ускорение темпов психомоторного развития. Результаты контрольных исследований – нейросонография, состояние перекисного окисления липидов показали, что назначение оральных форм препаратов магния и витамина В-6 оказались ничуть не хуже, а даже эффективнее, чем их парентеральные формы.

Выводы: Все выше сказанное дает возможность в реабилитации детей с ПППНС уже на раннем этапе использовать щадящие методы лечения, а именно, магне-В 6.

КАТАТРАВМА У ДЕТЕЙ

*Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Хаджиматов А., Турсунов Э.,
Юлдашев З., Хожжалиев Б.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Особое значение вопрос тяжелой кататравмы приобретает у детей, что обусловлено демографическим аспектом проблемы в нашей Республике. Удельный вес кататравмы в структуре повреждений составляет 19%, а в структуре смертности при травматизме занимает второе место, до 45%, после смертности от автотравм (до 80%). Структура травматических повреждений у детей имеет возрастные особенности: в младших возрастных группах ведущая причина травматизма и смертности – это кататравма; в старших – автодорожная травма.

Цель исследования состояла в изучении кататравм у детей в условиях оказания неотложной помощи. Наши исследования основаны на анализе историй болезни 310 больных детей с кататравмой, прошедших комплексное обследование и лечение в отделениях детской анестезиологии-реанимации, детской нейротравмы и нейрореанимации Андижанского Филиала РНЦЭМП в 2013 – 2022гг.

Из общего числа пострадавших детей 248 (80%) поступили самотёком, 62 ребёнка (20%) были доставлены в РНЦЭМП АФ на скорой помощи. Специализированную медицинскую помощь на догоспитальном этапе оказали 30 (48%) больным из 62 детей. Детям, поступившим самотёком, специализированной помощи на догоспитальном этапе оказано не было. В АфРНЦЭМП в течение «золотого часа» были доставлены 90% детей. Это сыграло решающую роль в своевременном проведении лечебно-диагностических мероприятий. Поздняя госпитализация (дети, доставленные спустя час и более) послужила причиной неблагоприятных исходов. Среди поступивших детей с кататравмой больше оказалось мальчиков, 217 (70%), чем девочек 93 (30%). Это можно объяснить особенностями воспитания и социализации, а также большей склонностью мальчиков к рискованному поведению и опасным играм. Возрастной диапазон колебался от 1 года до 18 лет. Больше количество детей с кататравмой было в возрасте от 1 года до 5 лет – 120 (38%), от 5 лет до 10 лет -100 (32%), от 10 до 18 лет – 90 (29%). В большинстве случаев смертельное падение происходило с высоты более 10 метров. В 3 случаях высота падения не была указана. Почти во всех случаях падения происходили из многоэтажных домов: малолетние дети выпадали из окон собственной квартиры или лестничных площадок жилых домов, подростки с балконов и лоджий, крыш гаражей. В одном случае падение ребёнка произошло из окна второго этажа, оборудованного защитной сеткой. В зависимости от положения тела в момент приземления, приземление на голову больше наблюдалось у детей до 6 лет, что связано с их анатомо-физиологическими особенностями. В подавляющем большинстве летальных случаев, причиной смерти и явилась сочетанная тупая травма, сопровождающаяся повреждениями внутренних органов с развитием кровотечения. В

одном наблюдении, при падении с высоты 2-х метров и приземлении на голову, причиной смерти явилась ЗЧМТ.

Анализ характера кататравмы поступивших пациентов показал, что у 99% травма сопровождалась черепно-мозговой травмой (ЧМТ) различной степени тяжести: ЧМТ легкой степени тяжести у 60%, средней тяжести у 30%, тяжелой степени у 18%.

Тяжелую степень шока имели 93 (30%) детей, среднюю степень 155 (50%) детей, лёгкую 62 (20%) детей.

Тактика действий при ЧМТ в сочетании с травмой опорно-двигательного аппарата (210 детей) зависела от степени и тяжести повреждений головного мозга. Больных с тяжелой ЧМТ и травмой ОДА с нарушениями жизненных функций, коматозным состоянием, декомпенсированным шоком было 60 (28%). По жизненным показаниям им всем были произведены декомпрессивная трепанация черепа с удалением оболочечных гематом. Больных со средней степенью ЧМТ и травмой ОДА (ушиб головного мозга средней степени в сочетании с переломом одного сегмента, с нарушением сознания по типу сопора) было 100 (47%). Всем им были проведены противошоковые мероприятия и по необходимости операции по жизненным показаниям по поводу ЧМТ. Детям с легкой степенью ЧМТ и травмой ОДА (ЧМТ средней степени тяжести с нарушением сознания по типу оглушения, без нарушения витальных функций) производилось шинирование конечностей, а затем оперативное вмешательство. Следует отметить, что применение малоинвазивных оперативных методов стабилизации костей конечностей во всех случаях сочетанных травм у детей является методом выбора. При сочетанной травме с разрывом селезенки у 30 (9%) была выполнена спленэктомия. При повреждении кишечника – резекция в 3 (1%) случаях и ушивание разрыва кишечника в 8 (2%) случаях. Нефрэктомия была выполнена у 4 больных. Имели место травмы грудной клетки, переломы ребер единичные и множественные, с плеврорегочными осложнениями (гемо и пневмотораксом).

Интеграция врачей различных специальностей в процессе лечения жизнеугрожающих состояний позволила оптимизировать комплекс диагностических исследований, выбор тактики лечебных мероприятий согласно лечебно-диагностического алгоритма.

Таким образом, жизнь ребёнка напрямую зависит от того, насколько быстро он был доставлен в стационар после получения кататравмы. В связи, с чем уже на догоспитальном этапе детям должна быть оказана необходимая специализированная медицинская помощь. Полидисциплинарный подход к лечению детей с кататравмой в стационаре, позволяет оптимизировать диагностику повреждений и определить объем и этапность необходимого лечения. Последовательно и своевременно проведенные оперативные вмешательства на органах грудной клетки, живота и конечностях позволяют достичь хороших результатов.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК АСОРАТЛАРИ

Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р., Асқарова Ф.К.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Тадқиқот долзарблиги. Пиелонефрит ҳомиладор аёлларда энг кенг тарқалган ва хавфли буйрак касаллигидир. Пиелонефрит - бу буйраклардаги яллиг'ланиш жараёни бо'либ, асосий интерстициал то'қималарнинг зарарланиши, носпетсифик бактериал инфексия натижасида келиб чиқади, бу жараён буйрак жоми ва косачаларни зарарлаш билан кечиши мумкин. Яллиг'ланиш жараёни ҳомиладорлик, туг'руқ ва туг'руқдан кейинги даврда, я'ни ҳомиладорлик даврининг барча босқичларида кузатилиши мумкин. Ҳомиладор ва туг'руқ давридаги аёлларда пиелонефритнинг пайдо бо'лиши ва

ривожланишига иккита асосий омил ёрдам беради: организмдаги юқумли о'чоқнинг мавжудлиги ва юқори сийдик ё'лларининг уродинамикасининг бузилиши.

2005 йилда 32282 нафар ҳомиладор аёллар ўртасида пиелонефритнинг тарқалишини аниқлаш учун ўтказилган тадқиқот қуйидагини кўрсатди: пиелонефрит 440 (1000 га 14) нафар аёлларда аниқланган, аксарият ҳолатлар иккинчи триместрда содир бўлган - 53%; биринчи триместрда - 21%; учинчи триместрда - 26%. В.Ю. Шербеконинг со'зларига ко'ра (2003) ҳомиладор аёлларда пиелонефрит фонида платсентада ҳам о'згаришлар кузатилади. Унинг етилиш жараёнлари бузилади, яллиғ'ланиш о'згаришлари, ишемия о'чоқлари, қон кетиши ва фибриноид чо'қиндилар пайдо бўлади. Қоннинг реологик ва коагулятсион хусусиятларининг о'згариши билан кечадиган микроциркулятсия бузилишлари платсентанинг ҳомила ва она қисмларининг гемодинамикасига та'сир қилади ва фетопласентар етишмовчиликнинг ривожланишига олиб келади. Бу юрак-қон томир тизимида сезиларли о'згаришлар мавжудлиги ҳақида фикрлашга замин яратади, бу эса организмнинг физиологик имкониятларини бузилишига олиб келади. Натижада, юрак-қон томир патологияси томонидан асоратлар вужудга келади.

Тадқиқот мақсади. Ҳомиладорликнинг учинчи триместрида пиелонефрит билан касалланган беморларни кузатиш асосида асоратларни олдини олиш.

Тадқиқот материаллари ва методлари: 2021-йил сентябр ойидан 2022-йил январигача 1-сон СамДТУ клиникаси туғруқхонасига мурожаат қилган беморлар ўртасида сўров ўтказилди. Беморларнинг умумий сонидан ҳомиладорликнинг учинчи триместрида бўлган 15 нафари ажратиб олинди.

Тадқиқотда умумий клиник усуллар қўлланилди: шикоятлар то'плаш, анамнез йиғ'иш, обектив текшириш, акушерлик текшируви. Шунингдек, умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, Зимнитский ва Нечипоренко бо'йича сийдик таҳлили, сийдикнинг бактериал маданиятини аниқлаш, кунлик диурезни баҳолаш каби ко'рсаткичлар о'рганилди. Инструментал усуллардан буйраклар, бачадон ва ҳомиланинг ултратовуш текшируви, ЭКГ ишлатилди.

Тадқиқот натижалари. Ҳомиладор аёлларнинг о'ртача ёши $27,5 \pm 1,3$ ёшни ташкил этди. Беморлар бел ог'риг'и, шишиш, сийдикдаги о'згаришлардан шикоят қилдилар. 3 нафар беморларда (20%) асимптоматик бактериурия аниқланган. Лаборатория ма'лумотларига ко'ра, 33,3% лейкоцитоз, 66,7% енгил анемия ва қолган о'рта ог'ир даражали эди.

Ултратовуш текшируви натижаларига ко'ра, беморларда буйрак ҳажмининг катталаниши, паренхиманинг эхоенлигининг пасайиши, овалсимон юмалоқ шаклдаги (пирамидалар) экогенлиги пасайган о'чоқларнинг пайдо бўлиши ва ҳаракатчанликнинг пасайиши аниқланган. Ҳомилани текширишда ҳомила о'сишида бироз кечикиши (25%), платсента қон оқимининг пасайиши (30%), гипоксия ва ҳомила гипотрофияси белгилари (40%) аниқланди.

ЭКГда беморларда сезиларли о'згаришларни ко'рсатмади. Ҳаммаси беморларда синусли ритми эди, 20% да тахикардия, 2 нафар беморда о'тказувчанликнинг бузилиши кузатилди.

5 (33,3%) нафар беморда 32-33 ҳафтадан олдинги туғ'руқ кузатилди, туғ'руқдан олдинги амниотик суоқликнинг қуюлиши кузатилди. Болаларнинг 13,3% да бачадоничи инфексияланиши, асфиксия, йирингли-септик асоратлар белгилари мавжуд эди.

Хулоса. Ҳомиладор аёлларнинг пиелонефрити ҳомиладорлик ва туғ'иш жараёнини мураккаблаштиради, шунингдек, она ва боланинг юрак-қон томир тизимига та'сир қилади. Ушбу беморлардан туғ'илган болаларда ривожланишида кечикишлар кузатилган, туғ'илишда асфиксия ва йирингли-септик асоратлар уларнинг 13,3 фоизда кузатилган.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Эгамназарова ХБ., Ахмедова Н.М.
Андижанский государственный медицинский институт.
Андижан, Узбекистан*

Актуальность работы: Профилактика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности продолжают оставаться одним из приоритетных направлений в современном акушерстве. Значимость проблемы обусловлена ростом осложнений гестационного процесса, приводящих к развитию данного синдрома и увеличению показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Озон оказался высокоэффективным в отношении показателей системы L-аргинин-оксид азота.

Цель исследования: изучить эффективность применения медицинского озона в комплексе профилактики и лечения ФПН у беременных.

Материал и методы: Нами проведено обследование 51 беременных женщин, обратившихся в ОПЦ, которые были разделены на 2 группы: 26 (75,0%) женщин с преждевременными родами (основная группа) и 25 (25,0%) с физиологическим течением беременности (контрольная группа).

Результаты и обсуждение: Уровень оксида азота в эритроцитах крови 26 рожениц с невынашиванием инфекционного генеза по сравнению с исходным уровнем показателя

ми рожениц получавших базисную терапию, увеличился соответственно в 2,05 и 1,52 раза, приблизившись к контрольным значениям. Следовательно, в отличие от базисной терапии, включение в ее комплекс медицинского озона приводит к восстановлению показателей системы L-аргинин-оксид азота в эритроцитах крови беременных с невынашиванием инфекционно-воспалительного генеза. Положительная динамика отмечалась и в системе мать-плацента-плод. Высокий уровень оксида азота в ткани плаценты и околоплодных водах при включении в комплекс лечения озона снизился соответственно в 1,76 и 1,56 раза ($P < 0,05$). Оставаясь, однако, достоверно выше нормативных показателей соответственно в 1,25 и 1,22 раза. Следовательно, в отличие от крови матери, в фетоплацентарной системе уровень оксида азота все еще отличался от нормативных показателей, что свидетельствует о наличии некоторых деструктивных процессов в ткани плаценты и гипоксии плода.

Активность НАДФН-диафоразы в эритроцитах, ткани плаценты и околоплодных водах под воздействием озона достоверно превышала ее уровень у рожениц, получавших базисную терапию, в 2,02; 1,21 и 1,32 раза (соответственно в $15,7 \pm 0,69$; $44,8 \pm 2,02$ и $0,8 \pm 0,03$ нмоль/мг Нв), но нормативных значений так и не достигла. При этом НАДФН-диафоразы в эритроцитах крови новорожденных была снижена в 1,23 раза ($P < 0,05$), а в ткани плаценты и околоплодных водах – достоверно повышалась в 1,24 и 1,29 раза.

Вывод: Выясняется, что увеличение продукции оксида азота и активации фермента нитратредуктазы в системе L-аргинин-оксид азота вследствие нарушения обмена оксида азота могут быть одной из причин развития фетоплацентарной недостаточности у женщин.

ЛОСКСТОПИЯ У ДЕТЕЙ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ.

Эранов Н.Ф., Сувонов Б., Муродов Х.Б.

*Самаркандский Государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-медицинского центра травматологии и ортопедии, г. Самарканд.*

Актуальность. Стопа является дистальным сегментом нижней конечности и сточки зрения биомеханики имеет функционально целесообразное анатомическое строение. Только у человека имеется сводчатое строение стопы. Стопы способствуют трансформированию вертикальных нагрузок, передаваемых нижней конечностью, в горизонтальные и последующей передаче их на опору. Плоскостопием страдают до 50% населения земли. Женщины подвержены этому заболеванию в 4 раза больше чем мужчины. В 3% случаев плоскостопие регистрируется с самого рождения, к 2-ум годам у 24% детей, к 4-ем у 32% детей, к семи годам у 40% детей, уже после 11 лет половина подростков страдает плоскостопием.

Цель работы: изучить результаты диагностики и консервативного лечения больных детей с плоскостопиями.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением были 120 детей от 3 мес. возраста до 12 лет. Мы этих 120 детей разделили на две группы: 1-группа профилактическая и 2-группа лечебная. На первой группы были 52 детей, а на второй 68 детей. Для 1-группы детей, мы с самого раннего возраста весь период интенсивного роста организма осматривали по следующему порядку: в 3-х и 6-месячном возрасте, когда можно было выявить рахит; в 1 год – когда ребенок самостоятельно сидит, ползает, ходит; в 3 и 5 лет – проверяли осанку, походку, измеряли длину конечностей, исследовали состояния стоп. А во 2-группы детям мы использовали плантографию и рентгенологическую методы исследования.

Качественные отпечатки стопы получают в случае использования компьютерного плантографа. Для расчета индекса Чижина необходимо на полученном отпечатке стопы провести соответствующие линии и обозначить их: линия АВ — касательная к краю отпечатка стопы со стороны большого пальца; линия СД — от основания второго пальца до середины следа пятки; линия ЕФ — перпендикуляр к середине линии СД. На линии ЕФ помечают ширину затемненного участка — АВ и ширину светлого участка подошвы стопы — БВ. Индекс Чижина = АВ, мм/ БВ, мм. Оценка индекса: 0—1 — стопа нормальная; 1—2 — стопа уплощенная; 2 и более — стопа плоская.

По рентгенограммам в прямой и тыльно-подошвенной проекциях определяли положение пяточной и таранной костей и их взаимоотношение. Измеряли таранно-большеберцовый и таранно-пяточный углы. В боковой поверхности определяли: ось таранной и пяточной костей, пяточно-опорной, таранно-опорный, пяточно-таранный углы, угол наклона первой плюсневой кости. О высоте свода стопы судили по размерам таранной, ладьевидной и кубовидной костей. Результаты исследования оценивали в индексах – процентном отношении высоты к продольной длине стопы. Результаты исследования показывают, что рентгенологическое строение стопы у детей с плоскостопием имеет несколько отличий от стопы здоровых детей, выражающееся в уменьшении значений пяточно-опорного, таранно-опорного и таранно-опорного углов и угла наклона первой плюсневой кости. Индексы таранной и ладьевидной костей у детей с плоскостопием меньше, чем в норме.

При выявлении детей с плоскостопий 1-группы и у всех детей 2-группы провели консервативное лечение с этапными наложениями гипсовых лонгет, затем циркулярные гипсовые повязки с гиперкоррекцией деформации. Коррекция в гипсовой повязке от 3 до 6 мес.

В профилактике плоскостопия ведущее место отводится физическому труду и занятиям лечебной физкультурой. Спортивные занятия должны быть ежедневными и интенсивными, только тогда восстановительные процессы сороят высокий функциональный потенциал органа. Для обеспечения нормальной деятельности стопы определенные требования предъявляются и к обуви: она обязательно должна быть по размеру; быть по сезону. Необходим и рациональный режим нагрузки на стопы: полезно ходить босиком по песку, рыхлой почве, песчанному берегу водоема, гальке. Не рекомендуется стоять длительное время, особенно с разведенными стопами и значительным грузом.

Результаты: после консервативного лечения в гипсовой повязке достигнуты хороших результатов у всех детей 1-группы и у 56 больных 2-группы, удовлетворительные у 12 больных.

Выводы: раннее посещение детей к ортопеду по выше указанному порядку и раннее консервативное лечение, наложение этапных гипсовых повязок, ношение спецобуви со супинаторами и физиотерапевтические процедуры дали положительный эффект.

КАПСУЛОПЛАСТИКА КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕДНЕ-МЕДИАЛЬНЫХ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Эранов Ш.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд.

Актуальность. В настоящее время известны различные методики, позволяющие восстановить поврежденные связочные структуры и обеспечить стабильность в локтевом суставе. Однако в подавляющем своем большинстве они являются травматичными, в особенности те, которые предлагают пластику кольцевидной связки ауто сухожилиями. Описан в литературе способ открытого вправления головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки лавсановой лентой. Недостатком способа является истончение шейки лучевой кости в отдаленном периоде вследствие механического воздействия неэластичной лавсанной лентой, а также отсутствие ротационных движений предплечья.

Целью является описание способа пластики кольцевидной связки у детей с застарелыми передне-медиальными вывихами головки лучевой кости, путем создания связочного аппарата головки лучевой кости из фиброзно измененной собственной капсулы сустава больного.

Материалы и методы. Наше сообщение основано на изучения результатов лечения у 54 детей, которые находились в стационаре с 2017 по 2021 гг. Мальчиков было – 37 (68,5%), девочек – 17 (31,5%). Повреждения локализовались справа у 32, слева у – 22. По возрасту: до 5 лет – 11 больных, 6-12 лет – 29 больных, 13-18 лет – 14 больных. Больным были проведены следующие исследование: рентгенография и УЗИ локтевого сустава, гистологические исследование капсулы сустава.

Было разработано способ воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава. Техника операции: доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустава, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепааровывается. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсулярная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажить головки лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, пока еще можно не опасаться повреждение г. profundus ветви лучевого нерва. Поверхностный слой мышцы области шейки луча тупо отодвигается медиально, в толще мышцы супинатора находят

глубокую ветвь лучевого нерва. Его обнажает до передней капсулы сустава – это необходимо, чтобы безопасно выкроит из капсулы лоскута, чтобы воссоздать кольцевидную связку. Обычно места луче-локтевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферии, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая кзади новообразованной связкой (лоскутом из капсулы), проверяют степени фиксации головки луча при сгибании, разгибании, ротации предплечья. Выкраивается лоскут, для создания кольцевидной связки из передней поверхности капсулы сустава. Направление разреза до внутренней границы головки лучевой кости идет горизонтально, затем меняет направление в дистальную сторону, в сторону к переднему краю лучевой вырезки локтевой кости, где, обычно, естественно прикрепляется кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Головка лучевой кости после вправления продолжает сохранять тенденцию к переднему, медиальному смещению, что создает нагрузку на сформированное подобие кольцевидной связки. Поэтому для предотвращения ее растяжения и возможного рецидива вывиха проводится дополнительная временная иммобилизация спицей Киришнера, проведенной через головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости. Послойные швы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

Результаты. В изучении результатов лечения учитывали анатомическое восстановление плечелучевого сустава, формы и функции сустава. Отдаленные результаты известны у всех больных, среди них мы у 39 (72,2%) отметили хорошие результаты у 11 (20,4%) удовлетворительные результаты. Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 2 больных и полного вывиха еще у 2 больных. Причиной их является длительный срок после травмы, не пропорциональный рост суставных концов. Изучение изменений плечелучевого сустава во время оперативного вмешательства показало нахождения прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящаются по новому патологии застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения больных.

Выводы:

У детей с застарелыми вывихами головки лучевой кости во время операции обнаруживаются интерпозиция капсулы сустава, а иногда полное покрытие головки лучевой кости фиброзно измененной капсулой сустава.

Для усовершенствования методики воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава.

**НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ЛЕЧЕНИЕ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА У ЖЕНЩИН С
БЕСПЛОДИЕМ.**

Эркинова Ш.Б. Мирзаева Н.Б

ТошПТИ, Акушерлик ва гинекология, болалар гинекологияси кафедраси

Долзарблиги. Бесплодие- неспособность парыв детородном возрасте зачать ребёнка при регулярной половой жизни. Супружескую пару считают бесплодной, если беременность у женщины не наступает в течение года регулярной половой жизни без

использования методов контрацепции. Недостаточность функции желтого тела встречается у 3,5-19% женщин, страдающих бесплодием эндокринного генеза

Мақсад. Целью настоящего исследования явилось уточнение клинко-патогенетических вариантов недостаточности функции желтого тела и обоснование лечебного воздействия у этого контингента женщин.

Материал ва услублар. Проведено комплексное обследование 50 женщин в возрасте от 26 до 35 лет (средний возраст $30,90 \pm 0,43$), года страдающих бесплодием. Оно включало рентгенографию костей черепа и турецкого седла гистеросальпингографию, лапароскопию, гистероскопию и гистологическое исследование ткани эндометрия, определение 17-кетостероидов –17-КС (6), дегидроэпиандростерона –ДЭА, эс трогенов, концентрации в плазме крови ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, эстродиола и прогестерона. Базальный уровень ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона определяли в раннюю фолликулярную фазу цикла, а количество эстрогенов, 17-КС, прогестерона и в середине лютеиновой фазы (за 5-8 дней до начала менструации).

У 32 женщин имелся предменструальный синдром той или иной степени выраженности, у 11 женщин – галакторея, у 27 женщин – нарушения в сексуальной функции.

Лапароскопия была произведена 17 женщинам. При этом у 2 установлен синдром лютеинизации неовулирующего фолликула (ЛНФ), у 4 – спаечный процесс 1 стадии расположения. У 3 женщин были обнаружены единичные эндометриоидные гетеротопии на крестцово-маточных связках, были коагулированы. У женщин были обнаружены миоматозные узелки на матке размером не более $0,6 \times 0,8$ см.

Хулосалар. Диагностика и выяснение причин недостаточности функции желтого тела у женщин с бесплодием представляют значительные трудности. Выяснение патогенеза нарушения функции желтого тела и назначение на основании этого рациональной терапии позволили восстановить фертильность у 42% женщин с длительным бесплодием.

БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ТИЗЗА БЎҒИМИ БУКУВЧИ КОНТРАКТУРАСИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ.

Эшматов М.М., Хамроев Ф.Ш., Ахмедов А.Э.

(Андижон давлат тиббиёт институти, У.К. Қурбонов номидаги Республика болалар рухий-асаб шифохонаси.)

Болалар церебрал фалажи билан оғриган болаларда тизза бўғимида учрайдиган ҳаракатнинг чегараланишлари патологик ўзгаришларнинг бир белгиси сифатида намоён бўлади. Тизза бўғимини букувчи мушаклардаги тонуснинг патологик ошиб бириши ҳисобидан тизза бўғими букилган холат юзага келади ва бу жараён, кўп холатда, букувчи контрактура ривожланиши билан тугайди. Тизза бўғимидаги букувчи контрактура бошқа бўғимларда ҳам компенсатор патологик ўзгаришлар, деформация ва иккиламчи контрактуралар ривожланишига сабаб бўлади. Буларнинг барчаси тизза бўғими букувчи контрактурасини бартараф этиш мақсадга мувофиқлигини келтириб чиқаради. Бугунги кунгача тизза бўғимининг букувчи контрактурасини жаррохлик усулида даволашнинг 100 дан ортиқ усуллари тавсия этилган бўлиб, барчасининг негизида юқори тонус таъсирида қисқариб қолган мушакларни узайтириш ёки уларнинг пай қисмидан кўчириб ўтказиш йўли билан бўғимнинг патологик холатини тўғрилаш тугайди.

Материал

Бажарилган иш ССВ га қарашли болалар рухий-асаб касалхонасида 2020-2022 йиллар давомида тизза бўғими букувчи контрактураси билан даволанган ўртача 7,3 ёшдаги 5 та қиз бола ва 8 та ўғил бола, жами 13 беморни ўрганишга асослангандир.

контрактурани тўғрилаш мақсадида тиззани букувчи мушакларини апоневрози қисмидан узайтириш жаррохлик амалиётлари қўлланилди.

Натижалар ва уларнинг тахлили

Жаррохлик амалиётларининг натижаларини аниқлаш мақсадида “Болалар церебрал фалажида бажарилган тахсисларни ўрганиш картаси”дан фойдаланилди. тузилди. Унда беморнинг ўтириш, туриш ва юришдаги ҳолатлари билан бирга, оёқ бўғимларидаги ҳаракатларнинг ҳажми ҳам ўрганиб чиқилди.

Яқин ва узоқ муддатдаги натижалар тахлил қилинганда “букувчи мушакларни апоневрози қисмидан узайтириш” жаррохлик амалиёти самарадорлиги юқори эканлиги қайд этилди.. Ушбу операция амалга оширилган 13 беморнинг 11 тасида (84,6%) “яхши” ва 2 тасида (15,4%) “қониқарли” натижа аниқланди. “Букувчи мушакларни апоневрози қисмидан узайтириш” жаррохлик амалиётининг афзаллик томонлари алоҳида ажратиб ўтилди: мушак бошқа усулларга ўхшаб кўчириб ўтказилмаслиги хисобидан ўз вазифасини бажаришни давом эттиради; демак, бўғимдаги актив-пассив ҳаракатлар сақланиб қолинади ҳамда жаррохликдан кейин кузатиладиган асоратлардан бўлган тизза бўғимидаги рекурвациянинг ривожланиши олди олинади.

Хулоса

Болалар церебрал фалажи билан оғриган беморларда тизза бўғими букувчи контрактураси аниқланганда, деформация мустахкам бўлган вақтда жаррохлик амалиёти амалга оширилиши, бўғимдаги контрактура бартараф этилиши, беморнинг фаол реабилитацияси учун шароит яратилиши лозим. Бунда кўрсатмага биноан мушак-пай тўқималари пластикаси амалга оширилади. Бунда “Букувчи мушакларни апоневрози қисмидан узайтириш” жаррохлик усули юқори ижобий натижаларга эришиш мумкин.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАМСТРИНГ СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ДЦП

Эшматов М.М., Хамраев Ф.Ш., Ахмедов А.Э.

Андижанский государственный медицинский институт, Республиканская детская психоневрологическая больница. г. Ташкент

Патология коленного сустава, в частности его сгибательная контрактура (хамстринг-синдром), составляет значительную часть ортопедических нарушений у ребенка с ДЦП. Так как на уровне коленного сустава действуют самые большие механические рычаги, очевидно, что любая его деформация нарушает статико-локомоцию ребенка в целом.

Основными методами коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава больного с ДЦП являются ортопедический и хирургический. К настоящему времени предложено большое количество способов оперативного устранения сгибательной деформации коленного сустава. Тем не менее, после этих хирургических вмешательств нередко встречаются послеоперационные осложнения в виде рекурвации, нестабильности коленного сустава.

Для определения степени тяжести сгибательной контрактуры коленного сустава рекомендуется использование хамстринг-теста. Тест отчетливо выявляет степень гипертонуса сгибателей голени и, следовательно, тяжесть синдрома и выполняется следующим образом: положение больного вертикальное; пассивно разгибаем колено; определяем исходное положение коленного сустава и угол разгибания. Тест считается положительным при пассивном разгибании коленного сустава до 90-120°.

Учитывая вышеизложенное, с 2021 года мы применяем принципиально новый способ коррекции хамстринг-синдрома, предложенный Апоневротическое удлинение сгибателей КС

Предлагаемая операция способствует удлинению спастически сокращенной мышцы до необходимой длины для нормализации тонуса мышц, сохраняя их основную функцию как сгибателей КС

Техника операции. Под внутривенной анестезией н/к обработаны антисептическими растворами. Наложена жгут на 1/3 правого бедра. На уровне сгибателей правой голени по внутренней поверхности 1/3 бедра произведен разрез кожи длиной 2 см. Сухожильная часть полусухожильной мышцы рассечена поперечно. Редрессация коленного сустава до 180°. Гемостаз по ходу операции. Рана промыта антисептическими растворами. Послойные швы на рану. Асептическая повязка на рану. Аналогичные операции по выше описанной методике выполнены и слева. Наложены гипсовые сапожки на обе н/к.

Всего по этой методике произведено 13 операций. Прослежены ближайшие и отдаленные результаты хирургического вмешательства в течении от 6 до 12 месяцев.. Практически у всех детей отмечен положительный эффект: устранился хамстринг-синдром, увеличилась амплитуда движений в коленном суставе, улучшилась опорность и походка за счет увеличения силы заднего толчка. Рецидив сгибательной деформации и рекурвация коленного сустава не отмечены.

Таким образом, операция вживления внутренних сгибателей голени в икроножную мышцу, выполняемая при хамстринг-синдроме, является патогенетически обоснованной, улучшает статику и динамику больного с ДЦП, исключает развитие послеоперационных осложнений и рецидивов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА И ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ ОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

*Юлдашев.В.Б., Косимов П.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М., Уринбоев.О.А.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

В структуре травматизма удельный вес термических поражений кисти колеблется от 10 до 22,2%. При ожогах опорно –двигательного аппарата поражения кисти и пальцев наблюдаются в 32-40% случаев и занимают первое место, как по частоте, так и по значимости. В результате термической травмы кисти до 20% пострадавших становятся полностью или частично нетрудоспособными. Даже при современном лечении ожогов кисти часто не удается избежать развития рубцовых деформаций, по поводу которых в 35%-40% случаев необходимо провести восстановительно реконструктивное лечение. Цель работы проанализировать результаты кожной пластики послеожоговой рубцовой контрактуры кисти и пальцев.

В 2021 г. в ожоговом отделении РНЦЭМП АФ на лечении по поводу постожоговой рубцовой контрактуры и деформации кисти и пальцев находились 65 -больных(50 мужского пола и 15-женского).

При выборе метода восстановления утраченной функции кисти учитывали характер термического повреждения, его площадь, глубина и проводимое ранее лечение, также оценивали состояние вовлеченных в ожоговый рубец тканей и окружающей его кожи, ее мягкость, подвижность, степень потери эластичности. Определяли силу и амплитуду движений. Для оценки состояния суставов выполняли рентгенографию кисти.

Любая реконструктивная операция ставит перед собой две цели: первая - ликвидировать контрактуру сустава с максимальным восстановлением в нем объема движений: вторая - удалить рубцы и восстановить дефект кожи, образовавшийся в процессе мобилизации сустава. Наиболее эффективным методом тактики лечения следует признать полнослойную пластику кожно-жировым лоскутом на питающей ножке. Закрывание дефектов встречными треугольными лоскутами далеко не всегда

эффективно. Но опыт свидетельствует о том, что Z-пластика не является оптимальным методом устранения сгибательной контрактуры пальца. Оптимальным способом коррекции является сгибательная контрактура встречными трапециевидными лоскутами.

В зависимости от выраженности контрактуры и распространенности контрактуры и распространенности рубцов по сгибательной поверхности пальцев выкраивают от 1 до 3 пар трапециевидных лоскутов. Раны по сторонам сшитые лоскутами при необходимости закрывают расщепленной кожей.

В ожоговом отделении РНЦЭМП АФ у ожоговых больных кисти и пальцев не допускается контрактура пальцев и кисти, совместно выполняется операция кожной пластики и остеосинтеза пальцев с спицами Киршнера.

В первом очереди у ожоговых больных, у которых ожог верхней конечности всех пальцев выполняется антроградный остеосинтез пальцев всех кистей. После выполнения остеосинтеза пальцев кисти у больных вставляется автодермо пластики кисти, предплечья, плеча и т.д.

Выводы.

1.Необходима преемственность лечения больных с ожоговой травмой на ранних и поздних этапах лечения во избежание развития трудно поддающихся коррекции постожоговых деформаций.

2.Корригирующие оперативные вмешательства при рубцовых контрактурах кисти и пальцев желательно выполнять в максимально ранние сроки после получения ожоговой травмы но не ранее 6-12 мес, т.е. после полного формирования рубца.

3.Надо широко использовать все виды кожной пластики, как в отдельности так и в комбинации, сочетая их с корригирующими вмешательствами на сухожильно-связочном аппарате.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

*Юлдашев.В.Б., Джаббаров С.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Цель исследования. Уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей в остром периоде.

Материал и методы обследования. Обследовано 49 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 1- 18 лет. Средний возраст составил 8 лет. Средний балл по Глазго 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ у 23(-46%) детей были диагностированы эпидуральные гематомы, у 17(34%) субдуральные, у 13(2%) внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 6-(1%) множественные.

Определяющими факторами для выбора тактики лечения были уровень сознания по шкале ком Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализации гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур головного мозга. Оперировано 28 больных методом резекционной трепанации с активным дренированием, 21 больной лечились консервативно.

Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей было 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении было больше 7 баллов, анизокории не отмечалась, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не превышало 3мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных

структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 0,4%. Из них при субдуральных гематомах 0,1% внутримозговых 0,2 %, при множественных гематомах 0,1 %.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечение внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы и ее локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Выводы. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило снизить летальность сократить сроки пребывания больных в стационаре.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАНСКОНДУЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Юсупов Х.К., Бердибоев У.А., Жалилилов Х.М..

Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан.

Из повреждений опорно-двигательного аппарата у детей, повреждение локтевого сустава встречается 25-30% а суставное повреждение локтевого сустава 50% (В.Н. Меркулов и др., 2011).

Правильная диагностика и лечение повреждений локтевого сустава остаются актуальными, поскольку локтевой сустав представляет собой сложную анатомическую структуру, состоящий из трех костей: плечевого, локтевого и лучевого. Эти кости образуют три сустава в локтевом суставе: плечо-локтевой, плечо-лучевой, проксимальный лучелоктевой(цилиндрический). По данным многих авторов, осложнение после лечения повреждений локтевого сустава составляют 50%. Цель нашего исследования заключается определить правильно тип повреждения сустава, выбрать правильное лечение и улучшение методов лечения.

Материалы и методы исследования - В детском отделении Самаркандского Филиала Республиканского Центра Травматологии и Ортопедии лечившийся от повреждений локтевого сустава 2021 году составляют 58 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет. Из них 37(64%) мальчики и 21(36%) девочки.

Из 58 пострадавших с травмами локтевого сустава у 28 (48,27%) были транскондулярные переломы, у 12 (20,68%) переломы блока плечевой кости, у 10 (17,24%) переломы головки мыщелка плечевой кости, 5 (8,62%) переломы головки лучевой кости 2 (3,44%) переломов локтевого отростка. Всем больным проведено клиническое и рентгенологическое обследование.

Методы и результаты лечения - На сегодняшний день лечение повреждений локтевого сустава при правильном обследовании, диагноза и научного подхода показал свою положительную сторону. Одним из основных методов лечения переломов плечевой кости является закрытый метод лечения КДОС по Илизарову состоящий из двух с половиной колец, вправляющих и репозиционирующих смещенные части в сагиттальной и фронтальной плоскостях. У пролеченных больных в результате лечения исчезли варусная и вальгусная деформации. Эффективность этого метода заключается в том, что после репозиции закрытым способом метод КДОС позволяет сохранить стабильность отломков перелома, а также рано начать движение в суставе. При использовании данного метода у 35 больных (60,34%) был положительный результат, у 3 больных (5,17%) развились симптомы воспаления вокруг спицей, что обусловило длительное лечение и дополнительную антибактериальную терапию.

Вывод: Использование данного метода при переломах локтевого сустава в отличии с другими методами лечения дало наиболее хороший результат: сокращения

срока лечения, уменьшение осложнений после лечения и раннее восстановления объема движения.

У детей с переломами костей образующих локтевой сустав без смещения с применением задних гипсовых повязок под периодически рентгенологическим контролем наблюдалась репаративная регенерация переломов.

ЦМВ АССОЦИИРОВАННЫЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ У ДЕТЕЙ

Яхяева К.З., Олимова Р.Р.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, лечении ГН являются одной из причин ранней инвалидизации детей и подростков.

В этиологии ГН наряду со стептококковой инфекцией большую роль приобретают и цитомегаловирусы (ЦМВ). При ЦМВ инфекции развивается перестройка иммунной системы организма в виде снижения реакции лимфоцитов на вирусы. Аутоиммунный компонент формирования различных патологических состояний, в том числе и ГН, при персистирующей ЦМВ инфекции связан с развитием Т и В – клеточной дисфункции.

Целью данной работы является установить этиологическую и патогенетическую роль цитомегаловирусной инфекции в развитии гломерулонефрита у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 23 больных детей с различными формами хронического ГН в возрасте от 3 до 14 лет. Всем детям проводили комплексные клинические, лабораторно-инструментальные исследования, применяемые в нефрологической практике, а также, выявление анти IgG ва IgM, ПЦР – исследования крови.

У больных с хроническими формами ГН выявлены IgG и IgM ЦМВ, подтверждающие этиологическую роль ЦМВ. Иммунологические показатели характеризовались снижением количества Т – хелперов и повышением содержания Т – супрессоров в крови у всех больных. Клинически данные формы ГН характеризовались более выраженной симптоматикой: частыми рецидивами (2-3 раза в год) тяжелым течением с выраженными экстраренальными признаками (отеки, гипертензия), вовлечением в патологический процесс практически всех органов и систем. Наиболее часто отмечалось гепато- и спленомегалия, поражения нервной системы (ангиоспастическая энцефалопатия), геморрагический синдром, тромбоцитопения, гипопроотеинемия, гиперкоагуляция, гиперхолестеринемия и массивная неселективная протеинурия. У детей с ЦМВ инфекцией, часто развивались гормонорезистентный варианты ГН, требующие пульс-терапии и применения цитостатиков.

Таким образом, вирус-ассоциированные ГН требуют расширенного обследования, определенного подхода к терапии, т.к. присоединение вируса осложняет течение ГН и обуславливает резистентность к гормональной терапии.

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИНДЕКСА АТЕРОГЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Яхяева К.З., Холтаева Ф.Ф., Олимова Р.Р.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

В последние годы прогрессирование хронического гломерулонефрита (ХГН) рассматривается с позиции воздействия комплекса модифицируемых и немодифицируемых факторов, среди которых особое внимание уделяется высокой активности заболевания, системной и интрагломерулярной гипертензии,

гиперлипидемии и протеинурии. Чаще всего гиперлипидемию рассматривают как вторичное нарушение, возникающее в результате изменения фильтрационной функции почек.

Цель исследования. Изучение соответствия гиперлипидемии с прогрессированием атерогенных процессов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 62 ребенка с нефротической формой (НФ) ХГН. Средний возраст больных - $11,6 \pm 0,17$ года. Давность заболевания - $4,31 \pm 0,31$ года. Диагноз был подтвержден результатами полного клинико-лабораторного обследования, проведенного в условиях детского нефрологического отделения ТМА. У 49 (79%) детей функция почек была сохранена, у 13 (21%) отмечалось ее нарушение. Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными исследованиями, у всех детей определяли концентрацию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотности. В липидограммах у всех больных регистрировалось повышение в сыворотке крови содержания ОХС, ТГ, холестерина, липопротеинов низкой и очень низкой плотности.

Результаты. Содержание ОХС у больных с сохранной функцией почек (СФП) и у пациентов с нарушенной функцией почек (НФП) статистически значимо возрастало в 1,86 и 2 раза соответственно. Более выражено - в 2,46 и 2,55 раза, соответственно, увеличивался уровень ТГ.

Содержание липопротеинов очень низкой и низкой плотности у больных с СФП возросло в 2,4 и 2,18 раза, у пациентов с НФП в 2,5 и 2,34 раза. Наряду с этим отмечалась тенденция к увеличению количества липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что было связано с разнонаправленными изменениями этого показателя. Так, из 62 детей с НФ ХГН у 14 (22,5%) этот показатель снизился в 1,5-1,3 раза, у 42 (67,7%) наблюдалась тенденция к его увеличению, а у остальных он оставался в пределах нормативных значений. Такие изменения закономерно приводили к значительному повышению коэффициента атерогенности в 2,1 раза у больных СФП и в 2 раза у пациентов с НФП.

Вывод. У детей с НФ ХГН в результате нарушения липидного метаболизма в сыворотке крови устанавливается атерогенный тип гиперлипидемий, характеризующийся высоким содержанием ОХС, ТГ, ЛПОНП, ЛПНП на фоне менее выраженных изменений ЛПВП.

МЕДИКО-БИОЛОГИК

ERKIN GENERATSIYA NURLANISHI

*Alimova E. A., Gulamov Sh. A.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarlighi. Tibbiyotda keng qo'llaniladigan yuqori texnologik qurimalardan biri - bu lazer uskunasi xisoblanadi. Bugungi kunda bunday uskunalar sog'liqni saqlash tizimining davolash klinikalaridagi barcha yo'nalishlarida - tashxis, davolash va analiz-taxlil amaliyotlarida keng qo'llanilmoqda. Bundan tashqari lazer nurlanishiga oid mavzular tibbiy ta'limning o'quv reja va dasturlariga kiritilgan. Agar lazer uskunarini ishlashining asosini erkin generatsiya nurlanishi xodisasi tashkil qilishini e'tiborga olsak, uning mazmun mohiyatini tushinish, mutaxassislar va talabalar uchun dolzarb hisoblanadi.

Maqsad. Erkin generatsiya nurlanishi xodisasi mexanizmlarini o'rganish va o'quv amaliyotiga tadbqiq qilish bo'yicha takliflar ishlab chiqish.

Tadqiqot natijalari. Generatsiya hosil bo'lishi uchun faol muhitning kuchaytirishi lazerdagi barcha yo'qotishlardan katta bo'lishi kerak. Generatsiya - bu teskari aloqa mavjud bo'lganda majburiy yorug'lik chiqarish natijasida kogerent elektromagnitik to'lqinlarning hosil bo'lishidir. Bu yo'qotishlar nurning muhitda yutilishi va qisman ko'zgular (rezanatorlar) orqali chiqib ketishi bilan bog'liqdir. U holda kuchaytirish koeffitsienti quyidagiga teng bo'ladi:

$$\alpha = e^{\sigma_{2,1} \left(N_2 - \frac{g_2}{g_1} N_1 \right) L} \quad (1.1)$$

Faol muhit orqali bir marta o'tishdagi kuchayish (1.1) formulaning eksponensial qismi bilan ifodalanadi. L - faol muhitning uzunligi. Agar yo'qotishlar faqat nurlanishning ko'zgular orqali chiqib ketishi bilan bog'liq deb hisoblangan, generatsiya nurlanishining hosil bo'lishi

$$R_1 \cdot R_2 \cdot e^{\sigma_{2,1} \left(N_2 - \frac{g_2}{g_1} N_1 \right) L} = 1 \quad (1.2)$$

shart bajarilganda ro'y beradi. Bu shart generatsiya dovonini nomini olgan. R_1, R_2 - ko'zgularning qaytarish koeffitsientlari, g_1 va g_2 atom sistemasining bir xil energiya sathlariga ega bo'lgan karrali sonini ifodalovchi kattaliklar. (1.2) dan ko'rinishicha generatsiya invers bandlik qandaydir kritik qiymatdan oshgandagina kuzatiladi.

Erkin generatsiya nurlanishi impulsning davom etish vaqti 1 mks va impulslar orasidagi vaqt oralig'i 10 mks bo'lgan impulslardan iborat. *Erkin generatsiya* - nurlanish davomiyligi qisqa muddatli impulsi nurlanishdir.

Qattiq jisimli lazerlarning nurlanish quvvatini oshirish va impulsning davom etish vaqtini qisqartirish rezonator (yani, muayyan takroriylikdagi tashqi kuch ta'sir qilganda eng katta amplituda va tebranish qobiliyatiga ega bo'lgan tebranish tizimi) aslligini o'zgartirish yo'li bilan amalga oshiriladi. Mazkur usul rezonator aslligini modulyatsiyalash nomini olgan.

Bu holni vujudga keltirish uchun optik rezonator ichiga yorug'lik nuri ta'sirida tiniqlashuvchi optik zulfan (zatvor) joylashtiriladi. *Optik rezonator* - bu yorug'lik nurini optik asboblar yordamida kuchaytirishdir. *Zulfan* - nurni qisqa muddatda yopib - ochib turadigan qurilmadir. G'alayonlantirilgan zarralarning yuqori energetik sathdan relaksatsiya vaqtiga teng vaqt ichida faol elementini optik damlash ($10^{-4} \div 10^{-3} \text{ sekund}$) orqali amalga oshiriladi. *Damlash* - tashqi energiya yordamida elektronlarni yuqori sathga ko'tarishdir.

Invers bandlik eng katta qiymatga ega bo‘lgan vaqtda esa optik zulfin qisqa vaqtga ochiladi, natijada davom etish vaqti $10^{-3} \div 10^{-4}$ s bo‘lgan qisqa impuls hosil bo‘ladi. Bu impuls *monoimpuls* deb ataladi.

Monoimpuls – yakka impuls degan ma‘noni bildiradi. Shu vaqt ichida barcha g‘alayonlantirilgan zarralar yuqori sathdan quyi sathga majburiy nurlanish berib o‘tadi hamda monoimpulslu nurlanish generatsiyalanadi.

Xulosa: Faol muhitga yig‘ilgan energiya qisqa vaqt ichida nurlanish hosil qilgani uchun uning quvvati erkin generatsiya nurlanishi quvvatiga nisbatan bir necha marta katta bo‘ladi. Misol tariqasida faol muhit sifatida yoqut elementlari qo‘llanilgan lazerni ishlash tamoyilini ham aytishimiz mumkin.

KON‘YUGIRLANGAN DIYENLAR HAMDA MALONLI DIALDEGID MIQDORI VA ANTIOKSIDANT TIZIMI FERMENTLARI SUPEROKSIDISMUTAZA VA KATALAZA FAOLLIGI

Allaberganov M.Yu.
TTA Urganch filiali

Lipidlarning peroksidli oksidlanish jarayonlarining intensivligi hujayra membranalariga shikastlantiruvchi ta‘sir ko‘rsatib, ularning metabolizmini izdan chiqaruvchi toksik mahsulotlar to‘planishiga olib keladi, bu esa boshqa omillar bilan birgalikda yara hosil bo‘lishining bevosita sabablaridan biri bo‘lib hisoblanadi.

Bularni hisobga olgan holda ushbu seriyadagi tadqiqotlarimizda benzketozon, glisiram va metilurasillarning kalamushlarda immobilizatsion stress yordamida chaqirilgan me‘da yaralarida ularning qoni zardobidagi kon‘yugirlangan diyenlar hamda malonli dialdegid miqdori hamda antioksidant himoya tizimi fermentlari superoksidismutaza va katalaza faolligi o‘rganildi.

Ishning maqsadi. Ushbu ishda benzketozon, glisiram va metilurasillarning kalamushlarda immobilizatsion stress yordamida chaqirilgan ekperimental yaralarda ularning qoni zardobidagi antioksidant himoya tizimi fermentlari funksional holatiga ta‘siri o‘rganildi.

Material va usullari. Tadqiqotlarimiz davomida vazni 160-230 g bo‘lgan oq, zotsiz kalamushlardan foydalanildi. Benzketozon 75 mg/kg miqdorda, glisiram va metilurasil 75 mg/kg dozada ishlatildi. Ko‘rsatkichlar o‘rtasidagi farq $P < 0,05$ bo‘lgandagina natijalar statistik jihatdan ishonarli deb topildi.

Natijalar va ularning tahlili. Myetilurasil ta‘sirida kon‘yugirlangan diyenlar miqdori intakt hayvonlar guruhiga nisbatan 26 % ga oshdi, nazorat guruhiga nisbatan 23 % ga pasaydi. Glisiram ushbu ko‘rsatkichga kuchliroq ta‘sir qilib, qon zardobidagi konyugirlangan diyenlar miqdorini intakt hayvonlar guruhiga nisbatan me‘yorlashtirdi, nazorat guruhiga nisbatan esa 38 % ga pasaytirdi. Benzketozon 75 mg/kg dozada ishlatilganda kon‘yugirlangan diyenlar miqdoriga eng kuchli ta‘sir ko‘rsatdi. Bu ko‘rsatkich intakt guruh hayvonlarga tenglashdi, nazorat guruhi hayvonlaridan 38 % ga past bo‘ldi.

Immobilizatsiya natijasida tadqiq qilinayotgan vositalar ta‘sirida nazorat guruhiga nisbatan kamroq darajada oshishi hamda intakt hayvonlar guruhi natijalariga yaqinlashishi kuzatildi. Myetilurasil ta‘siridagi kalamushlarning qoni zardobida malonli dialdegidlar miqdori intakt guruhga nisbatan esa 2,7 marta (265 % ga) yuqoriligicha qoldi, nazorat guruhiga qaraganda 28 % ga pasaydi.

Lipidlarning peroksidli oksidlanish jarayonlarining ning ushbu mahsulotiga glisiramning samarasi sezilarli darajada kuchliroq bo‘lib, uning ta‘sirida qon zardobidagi malonli dialdegid miqdori hamda intakt hayvonlar guruhiga nisbatan 24 % ga oshdi, nazorat guruhiga qaraganda esa 66 % ga pasaydi.

Kalamushlarda immobilizatsion stress yordamida chaqirilgan me‘da yaralarida tajriba guruhidagi hayvonlar qoni zardobidagi antioksidant himoya tizimi fermentlari faolligining

keskin darajada pasayib ketganligi aniqlandi. Jumladan, ularda taqqoslov guruhidagi kalamushlar ko'rsatkichlariga nisbatan superoksiddismutaza faolligi ham, katalaza faolligi ham 2,2 martaga pasayganligi kuzatildi.

O'rganilayotgan preparatlar ta'sirida ushbu ko'rsatkichlarning tajriba guruhiga nisbatan ham, taqqoslov guruhiga nisbatan ham ko'tarilganligi aniqlandi. Jumladan, metilurasil superoksiddismutaza funksional holatini tajriba guruhiga nisbatan 3,0 martaga oshirgan bo'lsa, taqqoslov guruhiga nisbatan 1,4 martaga tikladi. Mazkur preparat ta'sirida katalaza fermentining faolligi ham tajriba guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan 3,0 marta, taqqoslov guruhi natijalariga nisbatan esa 1,4 marta oshganligi ma'lum bo'ldi.

Xulosa. Immobilizatsion stress yordamida kalamushlarda hosil qilingan me'da yaralari ularning qoni zardobidagi lipidlar peroksidli oksidlanish jarayonlarining keskinlashuvi hamda undagi antioksidant himoya tizimining pasayishi bilan birga kechar ekan. Ushbu holatlarda qo'llanilgan benzketozon esa qayd etilgan buzilishlarni sezilarli darajada kamaytirar ekan. Mazkur xususiyatlari bo'yicha u metilurasilga nisbatan ustun, glitsiram bilan barobar.

ZAYTUNNING KIMYOVIY TARKIBI VA UN DAN XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH

Asqarov I.R.¹, Ubaydullayev K.T.²

Andijon davlat universiteti¹, Andijon davlat tibbiyot instituti²

Zaytun (*Olea europea*, *Oleum olivarum* L.) zaytundoshlar oilasiga mansub doimiy yashil daraxt. Bo'yi 3-7 metr atrofida, barglari mayda va uchli. Guli oqish ro'vaksimon to'p gulga yig'ilgan. Mevasi – danakli.

Zaytun mevasi, moyi va bargining ajoyib hususiyatlari tufayli farmasevtikada, oziq-ovqat sanoatida, kosmetika va boshqa sohalarda beqiyos ahamiyatga ega. U qur'on, injil va tavrotida donishmandlik, unumdorlik hamda tinchlik timsoli sifatida tilga olinadi. Hususan, qur'onning o'zida yetti bor tilga olinishi zaytunning qanchalik qimmatbaho ekanini ifodalaydi. Zaytun payg'ambar tabobatida ham alohida o'ringa ega bo'lgan. Muhammad (s.a.v.) plevrit kasalliklarini davolash uchun zaytun moyi va za'faron aralashmasidan foydalangan.

Zaytun mevasi tarkibida 56% moy, glyukoza, oqsil, vitaminlar bo'ladi. Bargida efir moyi, alkaloidlar, organik kislotalar, C vitamin va oshlovchi moddalar bor.

Adabiyotlarda zaytun moyi tarkibida yetmishdan xildan ortiq moddalar mavjudligi aytiladi.

Manbalarda zaytun moyi quyidagi kimyoviy tarkibga ega ekani haqida ma'lumotlar keltirilgan: Olein kislotalari (55-83%), Linol kislotalari (3,5-21%), Palmitin kislotalari (7,5-20%), Stearin kislotalari (0,5-5%), Linolein kislota (ayniqsa, alfa-linolein kislota, 0,1-1,5%), Gliserid bo'lmagan efirlar, tokoferollar, sterollar, terpen kislotalar, pigmentlar, xlorofillar, karotinoidlar, polifenollar, gidroksitirozol, oleuropein, tirozol, kofe kislotalari, ligstrozid, vanil kislotalari, gidroksitirozol efirlari.

Zaytun moyi zaytun mevasidan olinadigan suyuqlikdir. Undan shifobaxsh hususiyati tufayli o'rta yer dengizi diyetasida ovqat tayyorlashda hamda salatlariga qo'shilgan holda juda keng foydalaniladi. Shuningdek, zaytun moyidan kosmetika, farmasevtika hamda sovun sanoatida ham foydalaniladi. To'plangan ma'lumotlar zaytun moyining foydali hususiyatlari juda yuqori ekanligini ko'rsatmoqda. Jumladan, yurak-qon tomir kasalliklarining xavf omillarini kamaytiradi, saratonning bir nechta turlarini oldini oladi, immunitetni ko'taradi va yallig'lanishni kamaytiradi. Zaytun daraxtining barglari va mevalari o'zlarining mikroblar va hasharotlarga tabiiy qarshilik xususiyatlari bilan mashhur.

Zaytun moyi iste'moli inson salomatligida va xususan, yurak- qon tomir kasalliklari xavfini kamaytirishda, modda almashinuvida, ateroskleroz rivojlanishining oldini olishda foydali ta'sirga ega. Olimlarning ta'kidlashicha, tadqiqotlar tarkibida bitta qo'sh bog' tutgan

yog‘ kislotalariga boy zaytun moyini iste‘mol qilish metabolik sindrom bilan bog‘liq bo‘lgan ovqatdan keyingi yallig‘lanish holatini susaytirishini ko‘rsatgan.

Bugungi kunda Andijon davlat univerisiteti kimyo kafedrasi hamda Andijon davlat tibbiyot instituti tibbiy kimyo kafedrasi ilmiy laboratoriyalarida mavjud bo‘lgan yuqori samarali suyuqlik xromatografi, spektrometr va spektrofotometr kabi zamonaviy tahlil uskunalaridan foydalangan holda zaytunning kimyoviy tarkibini tahlil qilish va undan halq tabobatita turli kasalliklarni davolash imkoniyatlari ko‘rib chiqilmoqda.

THE METHOD OF EXTRACTION FOR THE BRIAR FRUIT

Asqarov I.R¹ ., Razakov N.A.²

Andijan State University, Andijan State Medical Institute

The fact that people have lived on earth for thousand of years means that folk medicine has a history of thousands of years. In particular, folk medicine is developing rapidly in our country. In the last ten years, wide avenues have been opened for folk medicine, and many benefits have been created and are being created for the owners of this field. On May 20, in 2022, President Sh.M. Mirziyoyev announced PD.-139 “On measures to create a value chain by supporting the efficient use and processing of raw materials of medicinal plants”. In pursuance of these decisions, scientists are doing a lot of effective work based on the wide spread use of local medicinal plants and their use on a scientific basis.

Plants are used not only for food, but also for the prevention and treat meant of various diseases of medicinal plants growing in our sunny country.

Experimental section. The extraction process is carried out in two ways; in a vacuum extractor and by magnetic stirring with a solution of the HCL extraction of biologically active substances in briar (*Rosa canina*) fruits depends on the type of extraction process and choice of extractants.

We have practically tested four different extractions in the separation of macro and micro biogenic elements in briar.

Taking into account the fact that biologically active organic substances are the termolabile, the extraction was carried out in a vacuum extractor type TH-300. When the chemical composition of the plant was studied, it was found that it’s substances are soluble in water and ethanol. So we carried out the extraction process in four different extractants. The amount of ascorbic acid in the extract was determined by iodometry. However, the briar fruit was extracted by a second method, a 0,1 N HCl solution. To do this, 2g of dried fruits were extracted, crushed, poured 20ml of acid solution and stirred at 40^oC temperature for 15 minutes using a magnetic stirres.

Biologically active substances such as flavonoids and carotene in briar have immunostimulatory properties. This plant is rich in macro- and micronutrients, which led to the invention of new natural drugs and new medicinal supplements.

Conclusion: As a result of the research of scientists around the world, at a time when synthetic drugs are being replaced by natural drugs in all areas of medicine, it is appropriate to use natural medicinal briar in order to strengthen immunity. This is because such a conclusion can be made based on the chemical composition of the medicinal briar plant. Keeping in mind that the human body cannot synthesize certain types of vitamins on its own, this plant contains vitamins C, vitamin R and B, and these vitamins not only metabolite and also stimulate the immune system in the biochemical processes that take place in the body. the results of the study show that 70% ethanol-water extractant is the optimal extractant for the extraction of vitamin C in briar fruit.

ZA'FARONNING KIMYOVIY TARKIBI VA UN DAN XALQ TABOBATIDA
FOYDALANISH

*Asqarov I.R¹, Ubaydullayev K.T.²
Andijon davlat universiteti¹, Andijon davlat tibbiyot instituti²*

Ma'lumki butun dunyo bo'ylab sintetik dori vositalaridan uzoqlashib, turli tabiiy mahsulotlar hamda giyohlardan tayyorlangan malham va ekstraktlardan foydalanishga alohida e'tibor berilmoqda. Chunki sintetik mahsulotlarning turli zararli yonaki ta'sirlari, ayniqsa, konserogen ta'sirlari haqida ma'lumotlar tobora ko'payib bormoqda.

Bu borada mamlakatimizda uzoq ming yillik tajribalar to'plangan bo'lib, bugungi kunda soha rivojiga alohida e'tibor qaratilmoqda. Prezidentimiz tomonidan yaqinda imzolangan "Dorivor osimliklar hom ashyo ba'zidan samarali foydalanish, qayta ishlashni qo'llab-quvvatlash orqali qo'shimcha qiymat zanjirini yaratish chora-tadbirlari to'g'risida" gi farmon hamda "Dorivor o'simliklarni madaniy holda yetishtirish va qayta ishlash hamda davolashda ulardan keng foydalanishni tashkil etish chora-tadbirlari to'g'risida" gi qaror ham bunga yaqqol misoldir.

Yuqoridagi farmon va qarorlarda za'faron osimligi haqida ham alohida so'z borib, za'faron yetishtirish miqdorini oshirish maqsadida uning madaniy plantatsiyalari hajmini oshirish to'g'risida kerakli ko'rsatmalar berilgan.

Za'faron sapsarguldoshlar oilasiga mansub ko'p yillik o't. Fevralda gullab, aprel-avgustda meva beradi. Yovvoyi turlari Toshkent, Farg'ona vodiysidagi adirlarda, tog'larda, madaniy holda Ozarbayjonning Apsheron yarim orolida yetishtiriladi.

Za'faron tarkibida 150 dan ortiq uchuvchi va xushbo'y birikmalar mavjud. Shuningdek, u ko'plab uchuvchan bo'lmagan faol komponentlarga ega. Jumladan, uning tarkibida uglevodlar, suv, polipeptidlar, lipidlar va minerallar mavjud. Quruq za'faron o'zgaruvchan pH darajasiga juda sezgir va yorug'lik va oksidlovchi moddalar ishtirokida tez kimyoviy parchalanadi. Shuning uchun atmosfera kislorodi bilan aloqa qilishni minimallashtirish uchun uni havo o'tkazmaydigan idishlarda saqlash kerak.

So'nggi paytlarda u kataral infeksiyalarda, melanxoliyada, jigar kengayishini davolashda, asabni tinchlantiruvchi vosita sifatida qo'llanilmoqda. Za'faron gistologik bo'yoq sifatida, ya'ni biriktiruvchi to'qimalar uchun bo'yoq sifatida ishlatilgan.

Zamonaviy farmakologik tadqiqotlarda za'faron dan olingan ekstraktlar o'smaga qarshi, antidepressant, xotirani va o'rganish qobiliyatini yaxshilash ta'siriga ega ekanligi aniqlangan.

Hozirgi vaqtda za'faron popugi saraton kasalligini davolashda va kimyoviy profilaktika sinovlarida qo'llanilishiga ko'proq e'tibor qaratilmoqda. Biroq, past ishlab chiqarish va yuqori narx za'faron popugidan keng miqyosda foydalanishni cheklaydi.

Za'faron popugi juda qimmat ziravor bo'lib, oziq-ovqat mahsulotlari uchun rang beruvchi, shuningdek, xushbo'ylik xususiyatiga ega. Bundan tashqari za'faron xalq tabobatida dori sifatida turli maqsadlarda, masalan, spazmolitik, antidepressant, chechak, shamollash, astma, ko'z va yurak kasalliklariga qarshi ham ishlatilgan.

Za'faron xalq tabobatida, xususan, an'anaviy hind xalq tabobatida turli xil ruhiy kasalliklarni davolash uchun qo'llanilgan va hech qanday toksik ta'sir ko'rsatmagan.

Ba'zi tadqiqotlar za'faron popugi ekstrakti antioksidant ta'siriga ega bo'lib, bu hususiyati pomidor va sabzidan kuchliroq ekanini u Altsgeymer kasalligining oldini olish yoki kechiktirish uchun foydali bo'lishini, shuning uchun yangi terapevtik vositalarni ishlab chiqish uchun ishlatilishi mumkinligini ko'rsatadi.

Biz za'faronning tarkibini to'la o'rganish va uning turli kasalliklarni oldini olish hamda davolash imkoniyatlarini izlash maqsadida ushbu o'simlikdan turli ekstrakt va malhamlar tayyorlab ularning kimyoviy tarkibini turli usullardan foydalangan holda aniqlashni amalga oshirmoqdamiz.

GROUP DISCUSSION SKILLS AS A TEACHING METHOD OF LEARNING OF
FOREIGN LANGUAGES

Hudayberdiyeva L.S.
Andijan state medical Institute

Make decisions (e.g. decide who to invite to a party and where to seat them) Give and or share their opinions on a given topic (e.g. discussing beliefs about the effectiveness of capital punishment) Create something (e.g. plan and make a poster as a medium for feedback on a language course).

Solve a problem(e.g. discussing the situations behind a series of logic problems). Some discussion topics may fall into more than one of these categories, but it is useful to consider a variety of formats to which the students can apply the skills they are learning.

Useful sub-skills for students

There are a number of different sub-skills which students will need to be able to successfully and effectively participate in a group discussion. Students need to develop the ability to:

Analyse. This skill can be developed by giving students the topic individually and asking them to brainstorm or mind-map all of the possible sub-topics they could speak about. The students can then swap their notes and assess or analyse the relevance of each of the sub-topics their partner has included. Together, the students then draw up a fresh list or mind-map and discuss how the sub-topics might be linked together, along with examples or reasons for any arguments they might have.

Persuade. This skill comes in useful when students need to make decisions on how to do something (e.g. which candidate should get a job). A fun activity to develop this skill is to give groups of students this topic and ask them to decide on the profile of the perfect candidate, creating a list of 7 adjectives. The students are then re-grouped and asked to persuade the other members of the group that their selection is the best while compiling a second, negotiated list. The group members who retain the most from their original lists are the winners. Note down useful phrases that you hear the students using while doing this task and discuss these at the end for future reference.

Control emotions. This can be practiced by giving the students a fairly controversial topic, such as ‘Friends are more important than family’ and asking the students to decide whether they agree, disagree or have no opinion, making notes on their main arguments to support their viewpoint. Divide the students into groups ensuring that there is a mix of views within each group. Explain that for this discussion, the aim is to keep their voices low and try to control their emotions as far as possible. Monitor and give feedback on these areas.

Support. One of the most important things for this skill is for students to learn when it is and isn’t appropriate to interrupt and how to do it. Very often students will talk over each other in an effort to get their point across and forget to listen. To practice this, you can get your students to make a list in small groups of when it is and isn’t appropriate to interrupt other speakers. They should include things like ‘not appropriate during the middle of a point, if the speaker has not said very much previously, or when you are feeling angry and liable to say something you’ll regret’. It is appropriate when the speaker has been dominating the discussion for too long, what the speaker is saying is completely irrelevant to the topic, or you don’t understand the point he / she has made’. You can then give them or elicit a list of phrases which they might use to interrupt politely (e.g. ‘Can i just add something here?’, ‘Sorry I’d just like to clarify something,’ etc.) The students then write five of these on slips of paper (one per slip) and have a group discussion on a given topic. The aim is to use all of the language on their slips. When they have used a phrase, they put the slip in the middle of the

table. The other students in the group judge whether the interruption was appropriate / polite. If not, they take the slip back and try again.

Use functional language. Depending on the types of group discussions that you plan to do with your class, it is useful to draw up a list of useful functional language for the students to refer to. This could include phrases for functions such as ‘Giving reasons’, ‘Giving your opinion’, ‘Agreeing and disagreeing’, etc. You can either make up the list yourself and distribute it or get the students to do this. For each group discussion, you can then refer them to the appropriate section of the list and give them a few moments to consider the language before beginning the discussion.

Setting up group discussions. There are several key things to consider when setting up group discussions in the classroom to ensure that they run successfully. Give the students some planning time either individually or in small groups. Don’t just give them the topic and say ‘go’! It is often useful to discuss some associated vocabulary or functional language that they might find useful.

Choose. topics which you are confident your students will find interesting. Get them to brainstorm some ideas for discussions they would like to do and use this as a starting point. Ensure a balance between input and practice

Use a variety of styles / types Vary group size and procedure Some companies do selection group discussions with very large groups of people –over ten in some cases. If your students will be facing these types of group discussions in the future make sure they get some practice doing them. It can also be useful to mix classes of students so they have practice doing discussions with people they don’t already know.

Encourage group discussions outside class time. Give students some extra feedback forms to use to give each other input on how they perform in group discussions outside of class. Giving and encouraging feedback. Feedback can take several forms and it is a good idea to vary the way it is given. Students can observe each other doing group discussions and give each other feedback on the specific areas of input that you have covered (ideally using a feedback form that you have created). Additionally, students can do a ‘Reflective group feedback exercise’ where at the end of the group discussion they discuss how effective each of the participants was during the discussion. Again, giving them some focused questions to guide this stage will help them. You could also try video-taping the group discussions and playing sections of these back to the class to analyse. Some students find this extremely useful. Finally, monitor the groups yourself and make notes for feedback on whole groups or individual performances. Keeping a record of these will help you and the students to see where they have improved.

THE ROLE OF LEARNING STYLES IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES

*Hudayberdiyeva L.S.
Andijan state medical Institute*

In the decree of the president of the Republic of Uzbekistan №5117, adopted in 2021 May 19, “On measures to bring the activity of popularization of foreign language learning in the Republic of Uzbekistan to a new level in terms of quality” it is stated that teaching foreign languages to the younger generation by adopting interactive methods, using modern pedagogical and informational and communicational technologies will assist in training qualified English specialists. After adaptation of this decree in order to achieve a set goal many changes were made in educational system. This also brought teachers to think about the ways of teaching foreign languages more efficiently and rapidly. And one of the most important things which must be taken into consideration while teaching students is learning styles. Learning style is the way students begin to concentrate on, process, internalize, and remember new and difficult academic information. They are visual, auditory and kinesthetic.

Someone with a visual learning style has a preference for seen or observed things, including pictures, diagrams, demonstrations, displays, handouts, films, flip-chart, etc. Someone with an auditory learning style has a preference for the transfer of information through listening: to the spoken word, of self or others, of sounds and noises. Someone with a kinesthetic learning style has a preference for physical experience - touching, feeling, holding, doing, and practical hands-on experiences. People commonly have a main preferred learning style, but this will be part of a blend of all three.

Some people have a very strong preference; other people have a more even mixture of two or less commonly, three styles. There is no right or wrong learning style. The point is that there are types of learning that are right for our own preferred learning style. A teacher could be very knowledgeable, creative, caring and enthusiastic yet fail to facilitate learning for students whose strengths or learning styles are not acknowledged or addressed by the teaching methods in the classroom. Results of students whose learning styles do not match those of their teachers, may not be very good or even not up to the level and therefore frustration and de-motivation would build up. Thus, it is important for teachers and students to identify and understand their preferred learning styles, respect others' styles and respond to different learning styles by accommodating some strategies that could help promote learning. For teacher and students to become aware of their preferred teaching and learning styles, a learning style questionnaire or an assessment tool should be administered when the students start the course.

Teachers and students should familiarize themselves with the different learning styles by addressing their strengths and weaknesses, likes and dislikes in relation to how they learn best. The identification of the learning styles would help teachers and students select and implement more effective instructional methods and materials. This should not imply extensive individualized instruction for every student but rather providing strategies and learning experiences to help students stretch their learning styles. This also entitles teachers to give challenging yet attainable activities that go beyond the comfort zone of the students. The more the students are exposed to different strategies the more they gain tools to use in different and various situations.

Depending on the type of course and class size, some of the following teaching strategies can be used by teachers in a class in order to encourage the learning processes:

1. Identify their own teaching styles as well as their learning styles in order to reflect about classroom practices to obtain better results in the classroom.
2. Provide challenging and novel problems to students.
3. Use examples that require analysis and synthesis.
4. Require application of information and concepts.
5. Encourage questions and discussion.
6. Combine visual, auditory, tactile, and kinesthetic techniques.
7. Balance the teaching styles and adapt activities to meet students' style.
8. Assign open-ended activities encouraging creativity.
9. Encourage tasks variation and creativity to enable learners to challenge the beliefs in the way they learn and acquire knowledge.

Although there are benefits to the matching of teaching style and learning style, it appears that this alone does not guarantee greater learner achievement. Age, educational level, and motivation influence each student's learning so that what was once preferred may no longer be the student's current preferred learning style. Teachers need to examine their belief structure regarding education and engage in an ongoing process of diagnosis, with self and with learners, including observation, questioning, obtaining evaluative feedback, and critical reflection. Each teacher is unique and can use his or her style to be as effective an educator as possible. We must understand teachers' use of learning styles and relate this to the university context.

It is very important to understand and explore each individual's learning style. Analyzing one's own particular learning style can be very helpful and beneficial to the student by aiding them in becoming more focused on an attentive learner, which ultimately will increase educational success. Discovering this learning style will allow the student to determine his or her own personal strengths and weaknesses and learn from them. Teachers can incorporate learning styles into their classroom by identifying the learning styles of each of their students, matching teaching style to learning style for difficult tasks, strengthening weaker learning styles through easier tasks and drill, and teaching students, learning-style selection strategies.

It is important for students to have multiple learning opportunities and -learning style-shift and teachers should achieve a match between teaching strategies and the students' unique learning styles. Accommodating teaching to learning styles improves students' overall learning results, increases both motivation and efficiency and enables a positive attitude towards the language being learned. Teachers should have the time to develop and reinforce their expertise as well as the opportunity within the university context to spread their information, ideas, findings, and experience. Teachers should know the needs of their students as well as their necessary requirements - this is vital if learning styles are to be used in universities effectively.

Determining when to use learning styles and designing good styles require real consideration and benefits from a team of people with instructional design, graphic arts, information architecture, and usability skills. Although learning styles offer teachers enormous opportunities for making learning and teaching environments meaningful and effective, learning styles by itself do not assure a good learning and teaching environment.

Learning styles cannot provide the answer to the problems of resourcing, motivation, and standards in education. The purpose of using learning styles in universities is to find the best ways for both students to learn effectively and teachers to teach efficiently.

SOG'LOM BOLALAR VA O'SMIRLARDAGI TEMIR METABOLIZMINING YOSHGA XUSUSIYATLARI

*Irgasheva D.G.
Andijon davlat tibbiyot institute*

Kirish. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, temir tanqisligi (J) 38 eng keng tarqalgan inson kasalliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi – ular er yuzida 3 milliard odamdan ko'proq azob chekmoqda.

Bolalarda (ayniqsa, hayotning dastlabki ikki yilida) va reproduktiv yoshdagi ayollarda J, latent (LJ) va manifest (temir tanqisligi anemiyasi) rivojlanish xavfi yuqori. S. Osendarp va hammualliflarga ko'ra.. dunyoda maktabgacha yoshdagi bolalar va homilador ayollarning 50 foizi kamqonlikka ega. Anemiya chastotasi bilan aholining 20% aholi ichida 50% j mavjudligi aniqlandi. 40% va undan yuqori anemiya chastotasida butun aholi turli xil j ga ega. D. Subramanian va boshq. . Hayotning dastlabki ikki yillik bolalarining 9% temir yo'l bor.

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu ishning maqsadi temir metabolizmining yosh xususiyatlarini va normal va patologiyada gemopoez omillarining holatini, shu jumladan antenatal davrni aniqlash va samarali davolash usullarini oqlash va hozirgi bosqichda JDS profilaktikasining optimal sxemalarini ishlab chiqish uchun uning buzilishlarini laboratoriya va klinik diagnostikasini takomillashtirish edi.

Tadqiqot materiallari va usullari: katta klinik materialda temir metabolizmi parametrlarini turli jamiyatdan 105 dan ortiq bola va o'smirlardan o'rganish o'tkazildi va chaqaloqlarda J. birinchi navbatda aliment omili va oilaning ijtimoiy mavqei bilan bog'liqligini tasdiqladi.

Tadqiqot natijalari: belgilangan maqsadga muvofiq, insonning erta ontogenezida temir o'z ichiga olgan va temir-tartibga soluvchi oqsillar va temir metabolizmini (ferritin gidroksidi va kislotali izoformlar, temir, Tf, EPO, rtrf, vit) aks ettiruvchi bir qator boshqa birikmalarning o'zaro ta'siri aniqlandi va o'rganildi. B12, folats, hepsidin); temir metabolizmini tartibga solish bilan shug'ullanadigan sitokin darajalari (FNO-A, il-6) o'lchanadi.

Homiladorlik yoshiga (GV) qarab tekshirilgan mevalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'rganilayotgan ko'rsatkichlarning qiymatlari aniqlangan har bir guruhga bo'lingan: 5-10 hafta (1 va 2 guruh) mevalari-barcha to'qimalarda, 11-15 hafta (3 guruh) mevalari-jigar va taloq to'qimalarida alohida-alohida 26-35 hafta (4 va 5 guruhlari) rivojlanayotgan mevalar, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 35-41 hafta (6 va 7 guruhlari) - kindik qonida. Temir ($g=0,9398$, $p<0,001$), SCHF ($g=0,9597$, $p<0,0001$), rtf ($g=0,9293$, $p<0,0001$), hepsidin ($g=0,9293$, $p < 0,0001$) bilan GV ning ishonchli korrelyatsiyasi bilan tasdiqlanganidek, homilaning homiladorlik yoshi bilan bog'liq bo'lgan insonning erta ontogenezida temir metabolizmining shakllanishi naqshlari aniqlandi= $0,8183$, $p<0,001$), EPO ($g=0,8889$, $p<0,0001$), Fe ($g = 0,9297$, $p<0,0001$).

Proliferativ va plastik jarayonlarning yuqori faolligini ta'minlashda temir o'z ichiga olgan va temir-regulyator oqsillarining ishtiroki temir va SCHF ($g= -0,894$, $p<0,0001$), SCHF va rtf ($1=0,8399$, $p<0,0001$), SCHF va EPO ($g=0,9193$, $p < 0,0001$), temir va hepsidin ($g=0,8897$, $p<0,001$), Fe va EPO ($g = 0,9067$, $p<0,0001$), bu SCHF, rtf va hepsidin indikatorlarini xomilalik intrauterin rivojlanish bozukluklarinin muhim prognostik belgilari va EPO va EF sifatida foydalanish imkonini beradi - gipoksiya darajasini baholash uchun.

Sitokinlarning eng yuqori proinflamator namunasi (il-6 va FNO-a) faqat erta embriogenez (platsenta hosil bo'lishidan oldin) uchun xarakterlidir, ularning intrauterin rivojlanish davomida tarkibining keyingi dinamikasi o'zgarish va apoptoz jarayonlarining aniq muvozanatini aks ettiradi, bu esa FNO-a va SCHF ($g=0,9197$, $p=0,00001$), FNO - a va rtrf ($g=0,8789$, $p<0,0001$).

Xulosa. Bu hatto oddiy parhez chora - tadbirlar (butun sut ratsionida tashqari, temir boy mahsulotlar, temir so'rilishini to'sqinlik mahsulotlari bilan alohida foydalanish, shu jumladan) 1638%, temir bilan bolalar va o'smirlar rehabilitatsiya vaqt bilan erta bolalarda JDS insidansini kamaytirish mumkin, deb topildi-80,7% hollarda.

Bolalar va o'smirlardagi JDS chastotasining pasayishi faqat pediatrlar, ota-onalar, ijtimoiy xizmatchilarning birgalikdagi ishi va sa'y-harakatlari bilan amalga oshirilishi mumkin, bu esa yuqori xavfli guruhlarda Jning o'z vaqtida oldini olish imkonini beradi.

YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI PAYDO BO'LGANDA IMMUNITET TIZIMLARINI TASHXISLASHNING ZAMONAVIY IMKONIYATLARI

Irgasheva D.G.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbli. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari zamonaviy tibbiyotning eng dolzarb muammolarini ifodalaydi. O'tgan chorak asr mobaynida yurak va qon tomir patologiyasidan o'lim darajasi birinchi o'rinda turadi. Rossiyada yurak-qon tomir kasalliklaridan yiliga statistik tadqiqotlarga ko'ra, 1,5 million kishi halok bo'ladi. Dunyoda bu raqam 31% ga etadi. Asosiy va eng keng tarqalgan nosologik shakllar: ateroskleroz, gipertoniya, ishemik yurak kasalligi, yurak nuqsonlari.

Tadqiqotning maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi immun tizimlarida keng qamrovli klinik-instrumental va laboratoriya baholari asosida erta tashxis qo'yish, yurak-qon tomir tizimining jiddiyligi, yaqin va uzoq prognozlash mezonlarini ishlab chiqish va tizimlashtirishdan iborat edi..

Tadqiqot materiallari va usullari. Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun 70 bemorida o'tkir va uzoq vaqt davomida yurak-qon tomir tizimining holati baholandi, immun tizimidagi o'zgarishlar bilan difteriya bilan og'rigan 26 bemor, 44 tekshirildi.

Tadqiqot natijalari. Koronar arter kasalligi kasalliklarida autoimmunizatsiyaning namoyon bo'lishi qon tomir devorining to'qimalariga limfotsitlarning sezuvchanligi bilan ajralib turadi va oklppn va qon tomir to'qimalariga otoantikorlar darajasining sezilarli darajada oshishi, shuningdek, immunitetning fagotsitik aloqasi — neytrofillar va monositlarning faollashishi bilan birga keladi. Ekokardiyografiyaga ko'ra, bu miyokard infarkti va chap qorincha disfunktsiyasi kabi CHD asoratlarining mavjudligi bilan birlashtiriladi.

O'tkazilgan to'qimalarni yozish natijalari shuni ko'rsatdiki, CHD kasalliklarida HLA DR lokusida, drb1*12 alleli (0,075 va 0,023 — nazorat ostida) uchun uchrashuv chastotasida sezilarli farqlar qayd etilgan. Allel DRB1 * 04 nazorat guruhiga nisbatan (0,050 va 0,112 nazorat ostida) nisbatan kamroq tez-tez uchraydi.

Autoimmun reaksiyalarning namoyon bo'lishini xarakterlovchi CHD kasalliklarida immun tizimining parametrlari bilan HLA-tipirovkalash natijalarini taqqoslashda, DRB1*03 allelining lenfositlarning sezuvchanligi bilan ijobiy assotsiativ aloqasi o'rnatildi, bu esa uni otoimmun reaksiyalar uchun genetik xavf belgisi sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

Bundan tashqari, HLADRB1 mintaqasida mashhur genlarning CHD kasalliklarida tarqalganligi bo'yicha olingan ma'lumotlar tahlil qilindi, bu esa otoimmunizatsiyani rivojlantirish bilan ishonchli aloqani isbotladi. HLA-DRB61 genotipida tekshirilgan bemorlarning genotipida ikkala o'ziga xoslik ham neytral yoki protektiv ravishda otoimmunitet bilan bog'liq bo'lganligi aniqlandi. 38,3% bemorlarda faqat bitta HLA-DRB1 o'ziga xosligi Avto-immunizatsiya bilan ijobiy bog'liq bo'lib, ikkinchisi neytral yoki salbiy bog'liq edi. Biz tekshirgan bemorlardan hech kim yo'q edi, ularning genotipida ham HLA-DRB1 o'ziga xosligi Avto-immunizatsiya rivojlanishini belgilovchi "funktsional" guruhdan bo'ladi.

Xulosa. Yurak-qon tomir kasalliklarining oldini olish bo'yicha zamonaviy tavsiyalar xavf omillarini aniqlash va tuzatishga, asoratlarni rivojlanish ehtimolini baholashga va ushbu kasalliklarning prognoziga katta e'tibor beradi.

Koroner arter kasalligi patogenezida otoimmün jarayonlarning ishtirokini o'rganish va immunogenetik tahlil bilan rivojlanish xavfini prognoz qilish, otoimmün reaksiyalarni tashkil etuvchi omillarni tuzatish zarurligini hisobga olgan holda o'z vaqtida oldini olish va tegishli davolash usullarini tanlashga yordam beradi.

TECHNOLOGY FOR DIAGNOSIS OF URINARY TRACT INFECTIONS

*Isanova D.T., Azizov Y.D., Axmedova D.K.
Andijan State Medical Institute*

Currently, widespread infections caused by resistant bacteria to antibiotics are widespread. One of the important factors contributing to the high rate of spread is frequent use of antibacterial drugs themselves. Proper sampling of urine and adequate methods of diagnosis with the determination of antibiotic susceptibility of the etiological agent of UTI is important for patients with urinary tract infections.

Diagnosis is based on the results of urine test. IMP availability criterion is the presence of at least 105 colony forming units (> 105 CFU) of bacteria in 1 ml of fresh urine (CFU / ml); This criterion is crucial. Fresh urine is investigated. If you can not immediately carry out a study, the urine can be stored up to 24 hours in a refrigerator at a temperature not exceeding 100 ° C.

Nitrite test. White test strip is dipped into the urine, it is desirable that the latter was in the bladder for at least four hours. In the presence of nitrite in 30 sec staining has been

appeared which can vary from pale pink to reddish-purple. Any staining is positive. The number of false-positive results is so small that based on the results of this test it can be diagnosed with UTI. The number of false-negative - results is not considerable (commercial test strips can be replaced by a liquid reagent that can be prepared independently).

Precipitation. 10 ml of urine is centrifuged for 3-5 minutes at speed 2000 rev/min. Microscopic examination of wet unstained preparation at $400 \times$ magnification. Is conducted detection of at least 20 bacteria in the field of view is positive, confirming the diagnosis of UTI. Often leukocytes also are found; this is a sign of inflammation. Sometimes, in particular due to the presence of epithelial cells, crystals or detritus, bacteria in the sludge are not visible or few. Then as a diagnostic feature, you can use the presence of white blood cells (pyuria). The result is positive if the field of view there are at least 5 leukocytes; it confirms the diagnosis. Results of the sludge study, even if it contains, for example, cylinders or groups of leukocytes, do not allow a localization of the infection. When the study does not show disorders, while clinical data enable to IMP suspect, then the test should be repeated and the nitrite investigate the precipitate obtained from a new, fresh urine samples.

Thus, the laboratory diagnosis IMP should be begun with microscopic examination of sediment, and then, if necessary, to carry out the nitrite test. The presence of at least 20 bacteria per field of view with sufficient certainty allows to diagnose. Identifying only pyuria (at least 5 leukocytes in the field of view) shows a slightly lower confidence. If the test is negative, whereas the clinical picture still points to the UTI, the study should be repeated with a new portion of urine, or go to the next step - by bacteriological examination of urine culture, isolation and identification of a pure culture of a microorganism - etiologic agent of UTI. This study is carried out in a specialized bacteriological laboratory.

After treatment, you must control urine. If the infection persists, it should be seeded. If complaints persist, as well as marked fever and / or general malaise with no apparent complaints of violations of urination, then the positive results of the urine should be made bacteriological seeding. In some cases it is desirable to begin treatment before sowing result becomes known. As the drug of choice, you can assign amoxicillin 3 times a day or 375 mg doxycycline (vibramitsin, unidoks, soljutab) 1 times a day 100 mg (the first day of 200 mg).

Regular and complete emptying of the bladder after micturition intercourse cleans perineal region, thereby preventing vaginal infection.

CHARACTERISTICS OF THE BIOLOGICAL PROPERTIES OF E.COLI IN WOMEN WITH CHRONIC CYSTITIS.

*Isanova D.T., Azizov Y.D., Xakimova I.T.
Andijan State Medical Institute*

Prevalence, diagnosis difficulty in certain age-groups (children, women, the elderly people), large economic costs in the treatment cause a huge interest in urinary tract infections, including cystitis.

The purpose of research is a comparative study and evaluation of the variability of some biological properties of cultures of microorganisms isolated from the urine of women patients of childbearing age with chronic cystitis.

We have studied 84 urine samples of women of childbearing age.

After the identification of crops for dalneyschih depth studies used invitro 14 E.coli strains of urinary origin at $\geq 10^5$ CFU / ml in the urine of women with chronic cystitis. For comparison of taxonomic characters there have been used 21 E.coli strains identified from the feces of healthy women of comparable age. Intergeneric and interspecific identification of strains was carried out simultaneously, in the same conditions using conventional bacteriological methods-Kie.

E.coli 82% has been identified as the main etiological factor, so further research is subjected to strains of the pathogen.

The Study of the total hemagglutinating activity of studied strains is of great importance, as it characterizes one of the factors of pathogenicity of bacteria-adhesiveness. It has been found out that according to the number of strains characterizing the general hemagglutinating activity, strains E.coli, isolated from the urine of patients with chronic cystitis (12 of 14 strains of 85.7%) have been significantly superior to the strains isolated from the urine of patients with OL (8 of the 15 strains of -53.3%) and isolated from the feces of healthy women (5 of 21 strains -23.8%) ($p < 0.05$). 1.6- and 3.6-fold superiority adhesive activity of E.coli isolated from patients HC indicates increased pathogenicity of the strain as compared to other ($P < 0.05$).

Significant differences in the number of strains of E.coli, isolated from the urine and feces of healthy women with only mannozoresistant haemagglutinin, and the combination mannozoresistant and mannozosenesitive hemagglutinin have been revealed as well.

Facts installed in bacteriology are important in the diagnosis, prognosis course and outcomes, as well as assessing the occurrence and course of urinary tract infection in women of childbearing age due to E.coli.

INTERVENTIONAL MANAGEMENT METHODS OF PLACENTA ACCRETA

Ismailova Z.U.

Andijan State Medical Institute

Relevance. The term placenta accreta spectrum (PAS) includes invasion of the placenta with different depths - placenta accreta, increta, percreta. A severe complication of placenta accreta is massive bleeding, which can be avoided with antenatal diagnosed pathology and qualified management using effective modern technologies. Objective To evaluate the most effective modern interventional technologies for managing PAS.

Materials and Methods. The literature review of the PubMed database for the last 5 years was carried out.

Results. The performance of a surgical operation is indicated in an institution of the 3rd or 4th technological level by a multidisciplinary team with the participation of an angiosurgeon, a hemotransfusiologist, a urologist, an interventional radiologist. Elective surgery at 36–37 weeks is preferred. Necessary organizational measures before surgery: appoint the composition of a multidisciplinary team; determine the scope of the operation; choose a method to reduce the blood supply to the uterus to control blood loss; ensure the participation of a highly qualified anesthesiologist for maternal anesthesia and provide for the possibility of resuscitation and intensive care of the newborn; if villous invasion into the bladder and/or ureters is suspected, perform cystoscopy and insert ureteral stents; have Cell salvage ready for autoblood transfusion. With a caesarean section, after removing the newborn, the placenta cannot be forcibly separated, as this provokes intense bleeding. Surgery for PAS includes caesarean section with fetal retrieval, and then one of the options for treatment tactics: 1) hysterectomy immediately after fetal retrieval without attempting to separate the placenta 2) after fetal retrieval without placenta, suturing the uterine incision with the remaining placenta attached in the uterus 3) after retrieval fetal resection of the uterine wall with placenta and restoration of the integrity of the uterus 4) delayed hysterectomy with the remaining placenta in the uterus. To reduce the intensity of blood supply to the pelvic organs and reduce blood loss, vascular occlusion with balloon catheters and vascular embolization are used. The most effective balloon occlusive catheterization of the aorta or common iliac artery, internal iliac. In organ-sparing treatment, patients with a remaining uterus and placenta immediately after caesarean section undergo uterine artery embolization.

Conclusion. The experts of the International Federation of Obstetricians and Gynecologists recommend giving preference to a hysterectomy performed with a planned caesarean section for a period of 36–37 weeks. Blood loss control is provided by methods of reducing the blood supply to the uterus - aortic balloon occlusion during hysterectomy or resection of the uterine wall immediately after cesarean section, embolization of the uterine arteries during conservative organ-preserving treatment of patients with in situ placenta.

**ADENOVIRUSLI OFTALMOINFEKSIYA NATIJASIDA RIVOJLANGAN
«QURUQ KO‘Z» SINDROMINING KOMPLEKS DAVOLASH SAMARADORLIGINI
BAHOLASH**

*Korjavov Sh.O., Xayriddinov B.B.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti*

Mavzuning dolzarbligi. Adenovirus bilan kasallanish xalqning etnik kelib chiqishiga, ijtimoiy holatiga, jinsiga, yoshiga bog‘liq bo‘lmasdan hamma guruh odamlarda uchrash ehtimolligi yuqori Adenovirusli oftalmoinfeksiya yashirin davri bilan kechishi, bemorlarni tashuvchi bo‘lib yurishi, dastlabki klinik belgilarni tez va yorqin namoyon bo‘lmasligi sababli oftalmologiya amaliyotida kasallikni to‘g‘ri tashhishlashda jiddiy muammo tug‘diradi.

Maqsad. Adenovirusli oftalmoinfeksiyadan keyin rivojlangan ”quruq ko‘z” sindromining kompleks davolash samaradorligini baholash.

Tekshirish materiali va usuli: Ilmiy tadqiqot materiali Samarqand shahar “Ko‘z govhari” xususiy klinikasida 2020-2021 yillar davomida yig‘ildi. Oldimizga qo‘yilgan maqsadni amalga oshirish uchun 40 nafar adenovirusli oftalmoinfeksiya sababli rivojlangan “quruq ko‘z” sindromi bilan og‘rigan 20 yoshdan 50 yoshgacha bo‘lgan bemorlar tekshirildi. Qo‘yilgan maqsadga muvofiq bemorlar ikkita guruhga ajratildi: asosiy va nazorat guruhlarga 20 nafardan bemorlar kiritildi. 1-nazorat guruxida, Slezol forte namlantiruvchi ko‘z tomchilari 1 tomchidan 3 mahal berildi. 2- asosiy guruxida, SuperOptik HidroBalans ko‘z tomchilari 1 tomchidan 3 mahal buyurildi. Guruhlarda yoshga va jinsga bog‘liq ahamiyatli farqlar kuzatilmadi. “Quruq ko‘z” sindromini tashhishlash, sub’ektiv belgilarga va mahsus tekshirish usuliga asoslanib qo‘yildi.

Natijalar. Adenovirusli oftalmoinfeksiya natijasida rivojlangan “quruq ko‘z” sindromi bilan kasallangan ikki gurux bemorlarni kompleks davolashdan keyin, sub’ektiv shikoyatlarni va klinik belgilarni kamayishiga, Shirmer sinamasi ko‘rsatkichlariga asoslanib 3 oy davomida dinamikada kuzatdik. Bemorlarning shikoyatlari birinchi oydan nazorat guruxida 65%ga va asosiy guruxda 70%ga kamaydi. Bu dinamik kuzatishimizning 3 oydan keyingi natijasi I guruxdagi bemorlarda 86%, II guruxdagi bemorlarda 95%ni tashkil qildi, yani asosiy guruxda shikoyatlari kamaygan bemor ko‘zlarining soni, nazorat guruxdagi bemor ko‘zlarining soniga nisbatan ko‘pchilikni tashkil qildi. Shirmer I sinamasi bo‘yicha, natijalar ko‘rsatkichi nazorat guruxidagi bemorlar ko‘zlarida birinchi oyda 64,6% ni, ikkinchi oydan keyin 67% ni, uchinchi oydan keyin 76% ni; asosiy guruxda bu ko‘rsatkichlar birinchi oyda 66% ni, ikkinchi oydan keyin 72% ni, uchinchi oydan keyin 78,5% bo‘ldi. Ushbu monitoringga ko‘ra, biz asosiy guruxda nazorat guruxga nisbatan ko‘proq ijobiy natijalarni oldik.

Xulosa. O‘tkazilgan tekshiruv natijalariga ko‘ra Shirmer sinamasi adenovirusli oftalmoinfeksiyadan keyin rivojlangan “quruq ko‘z” sindromini dinamikada monitoring qilishda oson va ob’ektiv usul hisoblanadi va tavsiya qilinadi.

FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILD IN WOMEN WITH
FETUS GROWTH REST

Mamazhonova S.O.
Andijan State Medical Institute

Relevance. The leading place in modern obstetrics and perinatology is occupied by issues related to the gestational process and antenatal protection of the fetus. One of them is fetal growth retardation syndrome (FGR), which most often leads to perinatal morbidity and mortality (up to 60%)

Target. To study the features of the course of pregnancy and childbirth in women with fetal growth retardation syndrome

Materials and methods. We have studied 124 birth histories for the period from 2020-2021. of which two groups were distinguished: the main group - 83 patients who were subsequently diagnosed with fetal growth retardation syndrome, the control group - 41 without sdfd. Comparison of means was performed using a two-tailed Student's t-test for independent variables. Differences were considered significant at a significance level of $p < 0.05$.

Results. In the history of pregnant women with sdfd, spontaneous abortions (2 or more), miscarriages were 2.5 times more common than in healthy pregnant women ($p < 0.05$). Also in the main group 2.5 times more common chronic bilateral salpingo-oophoritis, polycystic ovary syndrome ($p < 0.05$). Somatic history in pregnant women with sdfd was aggravated: diseases of the urinary system 2.5 times more often, diseases of the cardiovascular system 3 times more often, 2 times more often diseases of the upper respiratory tract ($p < 0.05$). Dysfunction of the thyroid gland (hypothyroidism) was diagnosed only in patients of the main group in 19.8% of cases. The peculiarities of the course of pregnancy with FGR is that 3.5 times more often there is a threat of abortion in the period up to 13 weeks of pregnancy, anemia of mild and moderate severity was detected 3 times more often ($p < 0.05$). Asymptomatic bacteriuria occurs 2 times more often, and SARS during pregnancy is 2.4 times more common than in healthy pregnant women ($p < 0.05$). Tobacco smoking was 1.7 times more common in pregnant women with FGR ($p < 0.05$).

Conclusion. The revealed features of the course of pregnancy and childbirth in women with sdfd in combination with other modern methods for assessing the condition of the fetus will make it possible to predict the development and severity of this syndrome. Thus, it will be possible to timely carry out the prevention and treatment of this complication.

*ANDIZ- INULA HELENIUM NING MORFOLOGIK TUZILISHI VA TIBBIYOTDAGI
AHAMIYATI*

Matkarimova G.M., Yoqubova F.M.
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Dolzarbligi. Andiz(Inula)-qoqidoshlar oilasiga mansub ko'p yillik o'tlar turkumi kiradi. Yer yuzida 100 ga yaqin turi bor. Asosan Yevropa, Osiyo va Afrikada tarqalgan. O'zbekistonda 9 ta turi uchraydi. Xalq tabobatida ildiz va ildizpoyasidan tayyorlangan damlama yoki qaynatma balg'am ko'chiruvchi, siydik haydovchi, isitma tushuruvchi, gijja haydovchi kasalliklarni davolashda ishlatiladi.

Maqsad. Andizning morfologik tuzilishi va tibbiyotdagi asosiy ahamiyatini o'rganish. Bo'ydor andizning –Inula helenium va sariq andiz – Inula grandis turlari ko'p tarqalgan. Bu turlarining poyalari baland bo'yli (1-2.5m), biroz qirrali, tukdor, ildizpoyasi (tanasi) yo'g'on, barglari butun, cheti notekis, poyaning quyi qismida yirik (uzunligi 40-50 sm,eni 20-25sm), yuqorisida esa maydaroq (uzunligi 10-30 sm, eni 3-12sm), guli savatcha,

gulbandi yo‘g‘on, chetdagi gullari urug‘chili, o‘rtadagilari esa 2 jinsli, sariq bo‘ladi. Iyunning oxiridan sentabrgacha gullaydi. Adir va tog‘larda 500-2000 m gacha balandlikda o‘sadi. Mevasi cho‘ziq, 4 qirrali, jigarrang yoki qo‘ng‘ir tusli pista. Qora andiz ildizpoyasi tarkibida 3% gacha efir moyi, 44% gacha inulin, lakton, qandlar, alkaloidlar, saponin va boshqa moddalar bor. Qora andizning ildiz va ildizpoyasi kuzda yoki erta bahorda kovlab olinadi. So‘ngra tuproqdan tozalanib, suv bilan yuviladi, yo‘g‘on ildiz va ildizpoyalarni ko‘ndalangiga qirqib, ochiq havoda quritiladi. Abu Ali Ibn Sino qora andiz o‘simligini bo‘g‘im og‘riganda, ezilganda, radikulit kasalligida hamda balg‘am ko‘chiruvchi, siydik haydovchi, dori sifatida ishlatgan. Bulardan tashqari, o‘simlik qaynatmasi bilan qo‘tir va yaralar davolanadi. Qora andiz o‘simligidan tayyorlangan preparatlar balg‘am ko‘chiruvchi dori sifatida hamda me‘da va ichak kasalliklarida ishlatiladi. O‘simlik tarkibidagi efir moyi antiseptik, gijja haydash xususiyatiga va yallig‘lanishga qarshi ta‘sirga ega. Uning gijja haydash xususiyati tarkibida santoninga o‘xshash ta‘sir etuvchi moddalar-alantolaktonlar borligiga bog‘liq. Qora andiz ildizpoya va ildizidan allantoin dorivor preparati olingan. Allantoin mahsulotining juda ahamiyatli bo‘lib, yallig‘lanishga qarshi, qon tomirlarni mustahkamlovchi va antiseptik ta‘sirga ega, hamda me‘da yara kasalligida yaraning bitishini tezlatadi. Ildiz va ildizpoyasi yo‘talga qarshi hamda balg‘am ko‘chirish uchun ishlatiladigan yig‘malar-choylar tarkibiga kiradi.

Tadqiqot usullari: Biz ustozimiz bilan birgalikda SDTU 1-klinikasi Terapiya bo‘limi davolanuvchilaridan 30 tasidan respondent sifatida foydalandik. 1 hafta davomida har kuni qora andizdan tayyorlangan damlama berib bemorlarni kuzatdik. 93.3% bemorlarga dori ijoby ta‘sir ko‘rsatdi.

Xulosa: Bu o‘simlik -O‘zbekistonda Toshkent, Andijon, Farg‘ona va Samarqand viloyatlarida adir va tog‘larning sernam yerlarida, butalar orasida uchraydi. Tibbiyotda andiz turlarining ildizpoyasi va ildizidan foydalaniladi. Ildizpoya va ildizlar kuzda yoki erta bahorda kovlab olinadi, yuvib, tuproqdan tozalanadi. Yo‘g‘on ildizpoya va ildizlari ko‘ndalangiga va uzunasiga qirqiladi va ochiq havoda - quyoshda quritiladi. Quritilgan mahsulot qog‘oz yoki ip qop va xaltalarda quruq, toza, soya va havo almashinib turadigan joylarda saqlanadi. Tarkibi. Andiz turlari ildizpoya va ildizi tarkibida 1-3% efir moyi, saponinlar, alkaloidlar, 44% gacha insulin, achchiq, oshlovchi va boshqa moddalar bo‘ladi. Mahsulotning asosiy shifobaxsh ta‘sirga ega bo‘lgan biologik faol moddasi efir moyi va uning asosiy qismi allantolaktonlar va azulen hamda qisman saponinlar hisoblanadi. Nojo‘ya ta‘siirlari bo‘lishi mumkin. Asosan allergik reaksiyalar bo‘lishi mumkin.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE STRUCTURE OF THE AMPULLA OF VATER'S PAPILLA IN ANIMALS WITH DIFFERENT CHARACTER OF NUTRITION

Rakhmonova Kh.N.
Samarkand State Medical University

Relevance of the problem: the biliary system is the most complex part of the digestive tract. The presence of many sphincters and their coordinated and mutually coordinated work ensures the flow of bile into the duodenum at the time of digestion in it, and into the gallbladder outside the moment of digestion in the intestine. According to the scientific literature, the number of surgical interventions in this system currently ranks second after appendectomy. Among diseases of the biliary system, cholelithiasis occupies a certain place. The growth of its quantity is to a certain extent associated with the nature of nutrition and lifestyle of a person. Stones of the gallbladder and biliary tract are localized in its different sections and in certain cases there are so-called, impacted stones in the terminal section of the common bile duct, that is, in the large duodenal papilla. This circumstance is

associated with the great attention of clinicians and morphologists in the present century, which also justifies the relevance of our research.

Purpose of the study. The study of the comparative morphology of the ampulla of the major duodenal papilla in laboratory animals with different nutrition patterns.

Material and research methods. The material for our research was the major duodenal papilla of rats (omnivores), rabbits and ground squirrels (herbivores), cats and dogs (carnivores) and hedgehogs (insectivores). There are 20 objects in total. The slaughter of animals was carried out in strict compliance with the rules of bioethics. The material was taken immediately after the slaughter of the animal, fixed in 12% neutral formalin. Filling in paraffin was carried out according to generally accepted rules. Thick survey histotopographic sections were prepared from paraffin blocks, which were stained with the method of hematoxylin-eosin, Van Gieson.

Research results. Rats do not have a gallbladder, and the common bile (hepatic) duct does not form a pronounced ampulla, and the major duodenal papilla is weakly expressed. At the mouth of the duct, it forms a small expansion with a smooth mucosal surface. In hedgehogs, cats and dogs, the ampulla of the Vater papilla is formed as a result of the confluence of the common bile and pancreatic ducts in the greater duodenal papilla at its different levels. In all cases, the mucous membrane of the ampulla cavity in all these objects forms folds of various configurations with different architectonics of location. These folds have different sizes, heights and shapes. They have anastomoses between them. At the same time, the ampulla of the Vater papilla of dogs is distinguished by an abundance of folds, a variety of their design, and a high density of location. In rabbits, the mucous membrane also forms many folds of longitudinal orientation, which have a variety of configurations. The folds have anastomoses with each other. In ground squirrels, the structure of the ampulla of the Vater papilla is distinctive. According to the structure, the ampulla of Vater's papilla consists of two sections. The expanded proximal part of the ampulla has no folds, the mucosa is smooth like in rats, and the distal part has many folds. On a longitudinal section of this ampoule, one can see that almost all folds have longitudinal orientation. Their distal part is directed towards the orifice of the ampoule. One of the features of the ampulla of Vater's papilla in rabbits and ground squirrels is the presence of many mucous glands in the lamina propria of the ampulla.

Conclusions. Thus, in all the animals studied by us with different types of nutrition and the condition for the existence of the ampulla of the Vater papilla, the cavity contains many folds of various designs. Only in rats that do not have a gallbladder, the ampulla of the Vater papilla is pronounced, weak and its mucous membrane does not have folds. In ground squirrels, the ampulla of the Vater papilla consists of two sections; wide proximal part smooth mucous membrane without folds, and a relatively narrow orifice with folds. Based on the results of the study, we assume that the abrasion of the ampulla of the papilla of Vater in the animals studied by us has its own distinctive morphological features associated, apparently, with the presence or absence of a gallbladder, as well as the nature of their nutrition. The general principle of the structure of the ampulla of the papilla of Vater is identical in the studied objects.

ODAM PRENATAL ONTOGENEZIDAGI QIZILO‘NGACH
GEMOMIKROKULYATSIIYATNING ANATOMIK VA FUNKSIONAL
XARAKTERISTIKASI

Razakov B.Yu.

*Patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute*

Dolzarblik. Qizilo'ngachning organ sifatida strukturaviy shakllanishi sohasidagi tadqiqotlar hozirgi vaqtda dolzarbdir. Bu yangi tug'ilgan chaqaloqlar va yosh bolalarda gastroezofagial refluksiya bilan kasallanganligi, qizilo'ngach saratoni bilan og'riqan bemorlar sonining ko'payishi va rekonstruktiv jarrohlik bilan bog'liq ravishda qizilo'ngach vaskulyarizatsiyasini yaxshiroq tushunish talabi bilan bog'liq.

Inson homilalarining qizilo'ngachidagi tomir-to'qimalar munosabatlarining aniqlangan bosqichi pediatrik neonatologlar uchun organlarning o'sish jarayonini tahlil qilish uchun asos bo'lishi mumkin. qizilo'ngach kasalliklarini davolash usullarini takomillashtirish, birinchi navbatda, organdagi mikrosirkulyatsiya buzilishining oldini olishga asoslangan.

Organning o'sishi davrida qizilo'ngachning gemokrosirkulyatsiya to'shagini shakllantirish dinamikasini o'rganish bo'yicha ma'lumotlar inson perinatal patologiyasini modellashtirish uchun muhimdir.

Qon tomirlarining shakllanishi va o'sishi muammosi inson biologiyasi va patologiyasidagi eng muhim masalalardan biridir.

Ontogenezning prenatal davrida qizilo'ngach poyasi qatlamlarining strukturaviy elementlarida ham miqdoriy, ham sifat o'zgarishlari aniqlanadi.

Qizilo'ngachning qon bilan ta'minlanishi shilliq qavatdagi qon oqimini apparatli o'rganish sharoitida bemorlarda o'rganiladi. Qizilo'ngachda angiogenez haqidagi bilimlarning o'simta o'sishi va metastaz bilan bog'liqligi ta'kidlangan.

Tadqiqot maqsadi. Turli homiladorlik davridagi odam homilalarining qizilo'ngachida devor qatlamlarining gemokrosirkulyatsiya to'shagining shakllanishini va qon tomir-to'qima munosabatlarini o'rganish.

Tadqiqot usullari. Ob'ekt 5-38 haftalik rivojlanish nuqtai nazaridan inson embrionlari va homila edi.

Tadqiqot natijalari. Inson homilalarining qizilo'ngach shilliq qavatida intraorganik qon oqimining venoz qismining asosiy hajmi hosil bo'ladi. Submukozal venoz pleksus homiladorlikning 17-18 xaftaligidan aniqlanadi. 2628 xaftaga kelib, shilliq qavatning tagida va mushak shilliq qavatidan tashqarida joylashgan ikkita venoz tarmoq hosil bo'ladi. Tashqi venoz tarmoq tomirlarining diametri ichki tarmoq tomirlaridan sezilarli darajada katta.

Odam homilasi qizilo'ngachning mushak pardasining etukligi qon tomirlarining unib chiqishi bilan bevosita bog'liq. Mushak pardasining qon aylanish pleksusida arteriya va venalarning asosiy qismi mushak tolalari guruhlariga parallel joylashgan.

Xomilaning kech davrida (28-38 xafta) inson homilalarining qizilo'ngachida shilliq osti, mushak va adventitsial membranalar ichida qon pleksuslari tizimli va topografik jihatdan shakllangan bo'lib, ular orasida sinusoidal tipdagi tomirlar va tomirlar ustunlik qiladi.

Klassik anatomik va gistologik usullarning kombinatsiyasi (qon oqimini in'ektsiya qilish va gistologik ushlab turish) qon tomir to'qimalari munosabatlarining yaxlitligini saqlab qolgan holda, inson homilasi qizilo'ngachining gemokrosirkulyatsiya to'shagining tarkibiy qismlarini o'rganishga imkon beradi.

Odamning qizilo'ngach membranalarining gemokrosirkulyatsiya to'shagining shakllanishi bir necha bosqichda davom etadi: 1) embrion rivojlanishining 6-haftasida venoz va arterial protokapillyarlarning paydo bo'lishi; 2) arteriya va venalarning ixtisoslashuvi (6 yoshdan 11-12 haftagacha); 3) qizilo'ngachning qon tarmoqlari va pleksuslarining shakllanishi (homila tug'ilishidan 11-12 hafta oldin).

Xomilalik qizilo'ngachning intraorgan arteriyalari mos keladigan ekstraorgan arteriyalar sonidan qat'i nazar, butun uzunligi bo'ylab teng ravishda taqsimlanadi.

Inson qizilo'ngach shilliq qavatining o'z kapillyar tarmog'ining shakllanishi intrauterin rivojlanish oxirigacha davom etadi.

Qizilo'ngachda prenatal angiogenez jarayonida intraorganik qon oqimini tartibga solish uchun morfologik asos paydo bo'ladi, arteriyalarning mushak membranasining shakllanishi; 30 haftadan keyin tomir klapanlarining paydo bo'lishi; tarmoqlar va pleksuslar orasidagi venoz komponentlarning keng anastomozi; venoz komponentlarning muscularis mukozasining mushak tolalari bilan aloqasi.

Xulosa. Ushbu tadqiqot rivojlanayotgan sutemizuvchilar qizilo'ngachining mikrovaskulyar to'shagini qayta qurish dinamikasi haqidagi mavjud klassik g'oyalarni kengaytiradi va chuqurlashtiradi.

Tadqiqot natijalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish, yuqori malakali mutaxassislar tayyorlash, ilmiy-laboratoriya sohasi va tibbiyot amaliyotiga tatbiq etish orqali amalga oshirilayotgan amaliy ahamiyatga ham ega.

Natijalar qizilo'ngach patologiyasini tashxislash, rejalashtirish va terapevtik va reabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirish uchun fundamental asos bo'lib xizmat qiladi.

QALQONSIMON BEZ XASTALIKLARINING HUYAYRALARNING QARISHI JARAYONIGA TA'SIRI

Razakov B.Yu.

Patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrası

Andijon davlat tibbiyot institute

Dolzarblik. Qarish - bu ko'plab omillar ta'sirida yuzaga keladigan ko'p sababli jarayon bo'lib, uning harakati hayot davomida takrorlanadi va to'planadi. Qarish har xil turdagi hujayralarning funktsional zaiflashishiga olib keladi. Bundan tashqari, metabolizm, funktsiya va tuzilishdagi yoshga bog'liq chuqur o'zgarishlar nafaqat hujayralarning funktsional nuqsonlari bilan yakunlanadi, balki oxir-oqibat ularning o'limiga olib keladi. Biroq, hatto funktsional bir hil hujayralar ham boshqacha sur'atda qariydi.

Tadqiqot maqsadi. Qarish bosqichlarida inson qalqonsimon bezining tarkibiy o'zgarishlarini o'rnatish.

Tadqiqot usullari. Organometriya va gistologik tadqiqotlar uchun har ikki jinsdagi 50 kishining (27 erkak va 23 ayol) qalqonsimon bezlari ishlatilgan.

Tadqiqot natijalari. "Qalqonsimon bez" tizimi keksa yoshdagi erkaklar va ayollarda va yuz yilliklarda eng kam tartibga ega

Qalqonsimon bezning shakli genetik jihatdan aniqlanadi, ammo uning nisbati yoshga qarab o'zgaradi.

Erkaklarda "kapalak" shaklidagi bezlar, piramidal jarayonli bezlar (bo'laklar), yarim oy shaklidagi bezlar, ayollarda esa "H" harfi shaklidagi bezlar ko'proq uchraydi. "kapalak" ning, qalin va keng istmus bilan va istmussiz

Erkaklarda qalqonsimon bez hajmining eng intensiv o'zgarishi 61 yoshdan 74 yoshgacha, ayollarda esa 56 yoshdan 74 yoshgacha bo'ladi. assimetriyadan

Ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra, qalqonsimon loblarning eng keng tarqalgan shakllari muntazam ellipsoid, sagittal tekislikda tekislangan ellipsoid, uzunlamasina o'q bo'ylab cho'zilgan ellipsoiddir.

Qarish jarayonida qalqonsimon bez strukturasining o'zgarishi sodir bo'ladi, bu follikulyar epiteliyning nisbiy hajmining pasayishi, kolloidning nisbiy hajmi, qon tomir to'shagining nisbiy hajmi va nisbiy hajmining oshishi bilan namoyon bo'ladi. interfollikulyar epiteliyning hajmi, stromaning nisbiy hajmi

Lazerli Doppler flowmetriyasiga ko‘ra, qarish jarayonida qalqonsimon bez to‘qimalarining perfuziyasi pasayadi va qon oqimi modulyatsiyasining passiv mexanizmlarining roli oshadi.

Qalqonsimon bezning shakli, hajmi, tuzilishi va uning mikrosirkulyatsiyasidagi eng muhim o‘zgarishlar erkaklarda 61 yoshdan 74 yoshgacha, ayollarda esa 56 yoshdan 74 yoshgacha bo‘ladi, bu bizga mumkin bo‘lgan tanqidiy holat haqida taxmin qilish imkonini beradi. ushbu yosh guruhlaridagi davr.

Xulosa. Biz qalqonsimon bez patologiyasi bo‘lmagan yosh guruhidagi (59-75 yosh) odamlarda periferik qon limfotsit hujayralari xromosomalarining sitogenetik tahlilini o‘tkazdik. Qalqonsimon bez patologiyasiz 75 yoshda periferik qon limfotsit hujayralari xromosomalarining sitogenetik tahlili bitta assimetrik xromosoma translokatsiyasini aniqladi.

Ma‘lumki, xromosomalarining strukturaviy aberratsiyasi multifaktorial qarish jarayoniga yordam beradigan genetik kasalliklar turiga kiradi. Stabil bo‘lmagan xromosoma aberatsiyasi - disentrikalar, halqalar, bo‘laklar - hujayra o‘limiga olib keladi, barqaror - translokatsiyalar, qo‘shimchalar - hujayraning qarishi jarayoniga ta‘sir qilishi mumkin. Olingan ma‘lumotlarga asoslanib, qalqonsimon bezning patologiyasidan qat‘i nazar, qarish bilan turli xil xromosoma aberatsiyasi kuzatiladi degan xulosaga kelish mumkin.

O‘SPIRINLIK DAVRIDA KASBIY BILIMDONLIKNING PSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI

Rozikova L. T.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Mavzuning dolzarbligi Hozirgi kunda juda ko‘plab davlatlarda bo‘lgani kabi dunyo xaritasida o‘zining munosib o‘rniga ega bo‘lgan mustaqil O‘zbekistonda ham barcha sohalarda tub islohotlar boshlandi. Bu islohotlarning barchasi inson omilini har qachongidan ham yuqori saviyaga ko‘tarib, uning kuchi, idroki, salohiyati, ruxiy hamda ma‘naviy barkamolligini bevosita taraqqiyot, rivojlanish va sivilizatsiya bilan uzviy bog‘ladi. Bundan inson va uning mukammalligi, o‘z ustida ishlashi, o‘z mukammalligi xususida qayg‘urish muammosi har qachongidan ham dolzarb masalaga aylandi.

“Har bir insonda muayyan intellektual salohiyat mavjud. Agar shu ichki quvvatning to‘liq yuzaga chiqishi uchun zarur bo‘lgan shart-sharoit yaratilsa, har qaysi inson Ollox taolo ato etgan noyob qobiliyat iste‘dodini, avvalo o‘zi uchun, oilasi, millati, xalqining va davlatining farovonligi, baxt-saodati, manfaati uchun to‘liq baxshida etsa, bunday jamiyat shu qadar kuchli taraqqiyotga erishadiki, uning sur‘at va samarasini xatto tasavvur qilish ham oson emas”.

Bo‘lg‘usi kasbga tayyorlash, kasb-hunar oldiga qo‘yiladigan talablarga mutanosib insonlar qilib shakllantirish ular shaxsiga yangicha yondashish hozirgi ijtimoiy taraqqiyotning zaruriy talabidir. Shundan kelib chiqib, har bir mutaxassis kasbiy mahoratini oshirishni tashkil etish, har bir jamoada shart-sharoit yaratish hamda mustaqil o‘z ustida ishlaydigan raqobat bardosh kadrlarni tayyorlashga alohida e‘tibor berilmoqda. Bu esa o‘z navbatida har bir mutaxassis mahoratini, umumiy saviyasini muttasil takomillashtirish uchun sharoit yaratishni talab qiladi. Yuqoridagilardan ko‘rinib turibdiki, barcha soha mutaxassislarining kasbiy bilimlarini oshirishning tashkiliy-pedagogik va ijtimoiy psixologik muammolarini nazariy va amaliy jihatdan o‘rganish dolzarb masaladir.

Tadqiqot maqsadi “O‘spirinlik davrida kasbiy bilimdonlikning psixologik xususiyatlari” muammolarini nazariy va amaliy tahlillar asosida umumlashtirilgan xulosalar, tavsiyalar ishlab chiqish va kasbiy qiziqishlarning shakllanishida bugungi jamiyat taraqqiyoti talablariga mos ilmiyamaliy jihatlarini tadqiq etish va nazariy-amaliy psixologik maslahatlar berishdan iborat.

Tadqiqot material va usullari Ilk o'spirinlar hayotda o'z o'rnini topishga intilishni anglagan holatida bo'la boshlaydilar. U hayotiy rejalarini amalga oshirish uchun harakat qila boshlaydi, ma'lum bir kasbni egallay boshlaydi yokishu sohada o'qishini davom ettiradi. O'spirinlarni xali to'la katta deb hisoblab bo'lmaydi. Chunki ularning shaxsiy xususiyatlarida bolalikni kuzatish mumkin. Bu ularning fikrlarida berayotgan baholarida, hayotga va o'z kelajaklarimunosabatlarida ko'zga tashlanadi. Ko'pchilik o'spirinlar maktabni tugatish vaqtiga kelib ham kasb tanlashga nisbatan maosuliyatsiz yondoshadilar. Bu davro'spirinning ahloqan o'z -o'zini anglashi shuningdek, ahloqning yangi bosqichigao'tishi bilan xarakterlanadi. Intelekti yaxshi rivojlangan o'spirinlar kattalarnitashvishga solayotgan masala muammolarini tushina oladilar va ularni muhokama eta oladilar. O'spirinlar juda ko'p muammoli savollarga javob o'ylaydilar. Ularningdiqqatini ko'proq ahloqiy masalalar tortadi. Agar kichik maktab yoshidagio'quvchilar uchun ahloqiy masalalarni yechish manbai –bu ular uchuno'qituvchilar bo'lsa, o'smirlar bu savollarga javobni ko'proq tengdoshlaridavrasidan qidiradilar. O'spirin yoshdagilar esa savollarga to'g'ri javobni topishdako'proq katta kishilar foydalanadigan manbalarga murojaat etadilar. Bundaymanbalar asosan real, ko'pqirrali, murakkab insoniy munosabatlar va ilmiy - ommabop badiiy, publitsistik adabiyotlar, sanoat asarlari, matbuot, radio, televidenie bo'lib hisoblanadi.

Tadqiqot natijalari O'spirinlik davrida kasbiy o'zini o'zi anglashga psixologik tayyorgarlikshakllanadi. Bu esa shaxsning muayyan darajada yetukligini ko'rsatib beradi. O'zini o'zi aniqlash, belgilashga psixologik tayyorgarlik mazmuni quyidagilarni o'z ichiga qamrab oladi:

- shaxs kamolotini ta'minlovchi ehtiyojlarning rivojlanishi;
- o'z qobiliyat va qiziqishlarini anglash va ularga nisbatan tanqidiyyondashish individuallikning negizi sifatida rivojlanishi.

Ko'pgina tadqiqotchilar kasbiy o'zlikni angash uzoq davom etadigan jarayon sifatida qaraydilar. Kasbiy o'zlikni anglash bu serqirra va bir necha bosqichli jarayon bo'lib, jamiyat talablari asosida hayot faoliyatning individual uslubi shakllanib boradi. Kasbiy o'zlikni anglash jarayonida imkoniyatlarni ko'rib chiqib mehnat taqsimoti aniqlanadi.

Kasbiy bilimlarni tadqiq etish o'quvchilarning kasbiy layoqatlarini va ko'nikmalarining shakllanganlik darajasini aniqlash orqali kasb tanlash yo'nalishidagi dolzarb masalalarini aniqlash imkonini berdi. O'quvchilar bilan olib borilgan IPS metodi, kasbi motivlarini aniqlash usuli va suhbat metodlari natijalariga ko'ra o'rganilgan respondenlardan 70-80% o'quvchilar kasbiy bilimlarga kasb-hunar kollejariga kelgandan so'ng ega bo'lishi va ayni shu ta'limning o'rta bo'g'inida kasbiy ko'nikmalarining shakllanishi uchun shartsharoitlar mavjudligini ko'rsatdi. Tajribalar natijalarining ko'rsatkichlariga ko'ra birinchi bosqichga kelgan o'quvchi kasblar haqida, ularning mohiyati, jamiyatdagi o'rni haqida to'la tushunchaga ega bo'lmaydilar ekan. Ta'limning keyingi bosqichi davomida o'quvchilarning kasbiy qiziqishlari o'rganilib, ularni o'z qiziqishlari asosida kasbga yo'naltirish ishlarini rivojlantirish o'quvchilarning kasbiy bilimlarini mustahkamlaydi. Kasbiy ko'nikma va malakalarini shakllantirish uchun to'la imkoniyatlari yaratiladi. Albatta buning uchun muxandis pedagoglar va mutaxassis o'qituvchilar o'quvchilar bilan olib boriladigan proforientatsiya ishlarini to'g'ri yo'lga qo'ysalar ko'zlangan maqsadga erishish mumkin. Fan psixologiya tizimida psixologik jarayonlarni eksperimental o'rganish kasbiy layoqatlarning shakllanishi va ularning shaxs faoliyatidagi o'rni bugungi kunning dolzarb masalalaridan ekanligi tadqiqot jarayonida yana bir bor o'z isbotini topdi. Kasbiy kizikishlar va ular asosida o'quvchilarning kasbiy layokatlarini, bilimlarining rivojlanishi, kasbiy ko'nikmalarini shakllanishi xar bir o'quvchining kelajakdagi qanday kasb egallashida muxim rol o'ynaydi. Kasblarning ijtimoiy ahamiyati kasb

tanlash va tashviqot targ‘ibot ishlarini tashkil etish jarayonining asosiy mohiyatini bildiradi. bu orqali o‘quvchilarning o‘z layoqatlari va qiziqishlari asosida to‘g‘ri kasb egallash imkoniga ega bo‘ladilar va kasbiy bilimlari asosida kasbiy ko‘nikmalari shakllanadi.

Xulosa Bolaning qanday kasbni tanlashi juda muhim hayotiy masala bo‘lib, uni hal qilishda oila hamda maktab jamoasining hamkorlikdagi olib boradigan kasbhunarga yo‘naltirish ishlari ma‘lum bir natijalarga asoslangan hamda rejali bo‘lishi darkor. Chunki kelajakda bolaning jamiyatda qanday o‘ringa ega bo‘lishi, kasb-hunarni egallashi yuqoridagi ishlarni qay tarzda amalga oshirilishiga bog‘liq.

Kasbiy ko‘nikma va malakalar yuzasida o‘spirinlarning bilimlari oshiriladi. Kasb tanlash motivlarining aniqlanishi ularning kasbga yo‘llash ishlarida muhim omil ekanligi asoslandi. Shuningdek,

1. Kasbiy bilimlarni maktab ta‘limidanoq boshlash o‘quvchilardagi kasbiy ko‘nikmalarni shakllantirish imkonini oshiradi va kasb tanlashda to‘g‘ri yo‘l tutishga yordam beradi.

2. O‘quvchilarning kasbiy qiziqishlari asosida kasb ko‘nikmalarini shakllantirish imkoniyatlari oshadi.

3. Kasb hunar kolleji tizimida kasbiy bilimlarni takomillashtirish va kasbga bo‘lgan munosabat motivlarini rivojlantirish muammolarini hal qilishda proforientatsiya ishlarini rivojlantirish maqsadga muvofiq.

4. Psixologik maslahat va proforientatsiya ishlari rivojlantiriladi va to‘g‘ri yo‘lga qo‘yiladi. Kasb xunar kollejida kasbiy ta‘lim mazmuni sifat jihatdan takomillashtirish zaruriyligi o‘z isbotini topdi.

5. Psixologik maorif va psforientatsion ishlarda o‘qituvchilar hamda otaonalar hamkorlik ishlari rivojlantirildi.

CHARACTERISTICS OF DAMAGES IN PERSONS SUFFERED BY INTERNAL AUTOMOBILE INJURY

*Rustamova D. S., Shavazi R.N., Rasulova M.R.
Samarkand state medical University*

Road traffic injuries (RTI) become the main cause of injury to people of different ages. In the structure of RTI, a leading place is occupied by a car injury. Currently, people are most often injured in the conditions of an intra-salon car injury.

The purpose of the study is to study the character of injuries in drivers affected by an intra-salon car injury.

Materials and methods of research. Forensic medical examination of 61 corpses of persons-drivers of Daewoo-uz passenger cars was carried out - 55 and domestic brands – 6, who died as a result of an intra-salon injury. Among the dead drivers, men – 60, women – 1, the age of the victims is from 21 to 59 years, only one deceased is 17 years old. The circumstances of an intra-salon injury: frontal collision with other moving vehicles – 35, departure to the roadsides with subsequent overturning of cars - 19, collisions of moving cars with stationary obstacles (trees, poles, fences) - 7 cases.

The results of the study. The totality of injuries on the body of drivers affected by an intra-salon injury was characterized by the formation of combined injuries of two or more body parts. The most frequently damaged structures of the head (TBI), chest and organs of the thoracic cavity, abdominal organs. Injuries to the bones of the upper and lower extremities are observed to a much lesser extent, spinal cord injury (PSMT) and damage to the structure of the pelvic organs were also less characteristic.

It was revealed that TBI in drivers is often accompanied by fractures of the bones of the arch and base of the skull. As part of TBI, fractures of the bones of the facial part of the skull are also observed: nasal, zygomatic bones and jaw.

Injuries to the chest and organs of the thoracic cavity were characterized by fractures of the ribs, sternum, clavicle, ruptures of the wall of the left ventricle of the heart and lung parenchyma. The fractures of the ribs of the drivers were more often bilateral, while fractures of the upper ribs were mainly distinguished – from 2 to 8 ribs, mainly along the near-thoracic, mid-thoracic and axillary lines. Fractures of the lower ribs (8-10 ribs) were detected in isolated cases. In all cases of breast injuries, a pronounced pattern of bruising of the thoracic cavity organs with hemorrhages in the area of the roots of the lungs, the cardiac shirt and in the muscles of the heart were revealed.

On the part of the abdominal organs of the injured drivers were also often noted. At the same time, ruptures of the parenchyma of a large portion of the liver (mainly along the diaphragmatic surface), as well as ruptures of the spleen and intestines were revealed. Ruptures of organs were accompanied by pronounced hemorrhages, both in the area of damage and non-damaged areas and their ligaments.

Conclusion. With an intra-salon car injury, drivers are most often affected by the structures of the head and chest, while injuries with localization on the front and left side of the body predominate. These data can be taken into account in the process of forensic medical research, as well as in the organization of medical care for victims at the stages of treatment

BOLANING JISMONAN VA AQLAN RIVOJLANISHDA ONA SUTINING AHAMIYATI

*Valixonova M.U., Xolmatova N.O
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Bugungi zamonaviy dunyo ilm-fanida ona suti va uning foydali xususiyatlari, ona suti bilan oziqlantirishni qo'llab-quvvatlash bilan bog'liq masalalarni o'rganishga tobora qiziqish ortib bormoqda. Mamlakatimizda ham so'nggi yillarda ona suti bilan oziqlantirishni qo'llab-quvvatlash hamda go'daklar va kichik yoshdagi bolalarni oziq-ovqat mahsulotlari bilan ta'minlashga alohida e'tibor va ko'mak berish borasida bir qator chora-tadbirlar amalga oshirila boshlandi. Bu borada 2019 yil 23 oktyabrdagi "Ona suti bilan oziqlantirishni qo'llab-quvvatlash hamda go'daklar va kichik yoshdagi bolalar oziq-ovqat mahsulotlariga doir talablar to'g'risida"gi O'zbekiston Respublikasining Qonuni hamda sohaga oid boshqa me'yoriy hujjatlarni misol qilib keltirish mumkin.

Ma'lumki, ona suti bolalar uchun eng yaxshi ozuqa hisoblanadi. Sigir suti va hatto echki suti, shuningdek, bolalarning sun'iy sutli ozuqalari, quruq sut, choy, shirin suyuqlik, suv, sut mahsulotlari tarkibiga ko'ra hech qachon ko'krak sutining o'rnini bosolmaydi. Ona suti chaqaloq hayotining dastlabki olti oyi mobaynida juda ham muhim ozuqa hisoblanadi. Ona sutining shifobaxsh xususiyatlari juda ko'p o'rganilgan va olimlar tomonidan salkam 1 asr mobaynida olib borilgan izlanishlarda unga yetadigan, bola uchun mukammal ozuqa bo'la oladigan boshqa ozuqa topilgani yo'q. Go'dakning salomatligi, jismining bir me'yorda o'sishi, rivojlanishi uchun zarur bo'ladigan barcha kerakli moddalar ona sutining tarkibida bor. Ammo so'nggi paytlarda ba'zi onalar turli sabablarni, masalan, qomatni saqlash, ish-o'qish dardida farzandlarini emizishdan bosh tortishmoqda. Faqat ayrim holatlarda shifokorning maxsus ko'rsatmasiga binoan emizmaslik talab qilinadi.

Hozirda jahonning eng mashxur professor olimlari ham bolani aynan ona suti bilan boqishni tavsiya etishmoqda. Ona sutida bola hayoting dastlabki 6 oyida zarur bo'lgan barcha kerakli moddalar aniq proporsiya asosida bo'ladi. Hattoki uning tarkibi chaqaloqning ehtiyojlariga qarab o'zgaradi. Bola tug'ilganidan so'ng dastlabki 3 kun davomida onaning ko'kraklaridan qo'yiqlik va sarg'imgir tusli ikl sut kela boshlaydi va bu og'iz sutidir. U o'zida juda ko'plab oqsillar, mineral moddalar va oz miqdorda shakar saqlaydi. Og'iz suti dastlabki ozuqa bo'lishlik uchun eng mukammal va mo'jizakoridir. Sababi bola endigina tug'ilgan va hali u biror marta ham ovqatlanmagan bo'ladi. Og'iz suti esa bolaning ovqat hazm qilish

traktining rivojlanishiga yordam beradi. Bir necha kun o‘tib, og‘iz sutining o‘rniga ko‘p miqdorda oddiy sut kela boshlaydi va bu vaqtda chaqaloqning oshqozoni ancha taraqqiy etgan bo‘ladi.

Ma‘lumki, bola tug‘ilganida u hali tashqi muhitdagi bakteriya va viruslarga chidamsiz bo‘ladi. Ona suti tarkibida esa juda ko‘plab miqdorda antitanachalar ya‘ni immun hujayralari bo‘ladi va shu xususiyati tufayli u bola uchun himoya ro‘lini o‘taydi. Immunitetlik xususiyati bo‘yicha ham og‘iz suti oddiy sutga nisbatan ancha yaxshiroq hisoblanadi. Uning tarkibida boshqa immun hujayralari bilan birgalikda Immunoglobulin A ham ko‘p miqdorda bo‘ladi. Immunoglobulin A bolaning burnida, tomog‘ida va ovqat hazm qilish traktida himoya qatlamini hosil qilib, chaqaloqni turli bakteriya va virusli kasalliklar keltirib chiqaradigan kasalliklardan himoya qiladi. Ko‘krak suti tarkibida B-karotinlar, siydik kislotasi, A-tokoferol (E vitaminining bir turi) va yana ko‘plab faol moddalar mavjudligi fagotsitlar ishlab chiqaradigan oksidlovchi molekulalarning saqlanishini ta‘minlaydi va bu ona sutining yallig‘lanishga qarshi ijobiy ta‘sir ko‘rsatishiga yordam beradi. Neonatal erta tug‘ilgan chaqaloqlarning Nekrotik enterokolit kasalligidan sut tarkibida o‘tgan Immunoglobulin A himoya qilish uchun eng muhim omil ekanligi o‘rganilgan. Bunday himoya ayniqsa go‘dakning dastlabki kunlarida juda muhimdir.

Tadqiqotlarga ko‘ra ko‘krak sutida emas, sun‘iy ozuqa bilan boqiladigan bolalar pnevmoniya, diarreya va turli infeksiyon kasalliklarga nisbatan chidamsizligi, shuningdek, ona suti hozirgi kunda tobora ko‘payib borayotgan allergik kasalliklar, astma, atopik dermatit va ekzema singari kasalliklarga chalinish xavfini ancha kamaytiradi. Chaqaloqlik davrida ona suti bilan oziqlangan insonlar orasida 2-tip qandli diabet xavfining pasayishi ham juda qiziqarli ma‘lumotlardan hisoblanadi.

Ushbu mavzu bo‘yicha juda ko‘plab tadqiqotlarning olib borgan tadqiqot natijalariga ko‘ra, ona suti bilan boqilgan bolalarning aql-idroki va intellekt ko‘rsatkichlari balandroq bo‘lgan va ular o‘ziga ulg‘aygani sari yangi ma‘lumotlarni o‘zlashtirishda qiyinchiliklarga duch kelishi kamroq bo‘ladi. Ona suti va sun‘iy ozuqa berib boqilgan bolalarning miya rivojlanishida farqlar bo‘lishi mumkin deb taxmin qilinadi. Bunga sabab emizish vaqtida ona va bola o‘rtasida bo‘ladigan yaqinlik, kontakt va ko‘z bilan aloqa qilish, shuningdek sut tarkibidagi moddalarga ham bog‘liqdir. Islom dinida ham xalqimizning ko‘p yillik tajribasi asosida ham bolani 2 yoshgacha emizish lozimligi takidlanadi. Hozirda Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti ham bolani 2 yoshgacha va undan ham ko‘proq emizishni tavsiya qilayotganligi yuqoridagi mulohazalarning nechog‘li muhim ekanligini isbotlaydi.

Mutaxassislarining ta‘kidlashlaricha, ko‘krak suti bilan oziqlantirish nafaqat bola uchun, balki, onaning salomatligi uchun ham birdek foydalidir. Tug‘ruq jarayonidan so‘ng bachadon qisqarishini va normal hajmga qaytishini ta‘minlaydi. Uzoq muddat emizish onada ko‘krak bezi saratonining isbotlangan profilaktikasi bo‘lib, onaning qandli diabet va tuxumdonlar saratoni xavfini ham kamaytiradi. Laktatsion amenoreyani uzaytiradi va shuning uchun kelajakda onada menopauza boshlanishini kechiktiradi. Emizish onaning jismoniy sog‘lig‘iga ham foydalidir. Homiladorlik davrida onada ortiqcha vazn yig‘ilgan bo‘ladi va ko‘krak bilan emizish onaning tezroq vazn yo‘qotishiga yordam beradi. Sababi sut hosil bo‘lishi va uni saqlab turish uchun kuniga taxminan qo‘shimcha ravishda 500 kaloriya talab qilinadi. Ko‘krak suti bilan boqish onada tabiiy tinchlantiruvchi – oksitotsin va prolaktin singari gormonlar ishlab chiqaradi va bu gormonlar emizikli onada stressni kamaytirib, ruxiy tomondan ijobiy ta‘sir qiladi. Bu ma‘lumotlar deyarli tanish, ammo ko‘krak bilan emizish ayollarda yurak-qon tomir kasalliklari xavfini kamaytirishi esa hammani hayratga soladi. Amerika yurak assotsiatsiyasi jurnali (Journal of the American Heart Association) 1986-yildan 2009-yilgacha Avstraliya, Xitoy, Norvegiya, Yaponiya va Qo‘shma Shtatlarda milliondan ortiq ayollar ishtirok etgan tadqiqotning tizimli tahlili va meta-tahlilini nashr qildi. Natijalarga ko‘ra, emizgan ayollar bilan hech qachon emizmagan ayollar o‘rtasida yurak-qon tomir kasalliklarini rivojlanish xavfi 11% ga past, yurak-qon tomir kasalliklarining rivojlanish

ehtimoli 14% ga past, insultga chalinish ehtimoli 12% ga va yurak-qon tomir kasalliklaridan o`lish ehtimoli 17% ga kamroq ekanligini ko`rsatdi.

Emizikli ayollarning ovqat tarkibi ham mutaxassislar tomonidan alohida o`rganilgan bo`lib, baliq va dengiz mahsulotlarini haftasiga 2-3 marta iste`mol qilishlari, bu mahsulotlar tarkibida bola miyasining rivojlanishi uchun muhim bo`lgan yog` kislotalari, shuningdek, ovqat ratsionida oqsilga boy bo`lgan (go`sht, tuxum, dukkaklilar, yong`oqlar,) mahsulotlar bo`lishi kerak. Qo`shimcha ravishda Kalsiy, B12 vitamini va D vitaminini qabul qilish kerak. Hattoki bolaga ham shifokor bilan maslahatlashgan holda D vitaminini ichirish kerak bo`ladi. Chunki ona suti tarkibidagi D vitamin kamroq bo`lishi mumkin va profilaktikda yuzasidan bolaga D vitaminini berish orqali uni Raxit kasalligini oldini olish mumkin. Eng muhim tavsiya sifatida, bolani 15-20 daqiqa davomida emizish, ko`krak sutining birinchi qismida ko`proq suv va shakarli qismi chiqadi. Keyinchalik esa oqsil, yog` va immunoglobulinlarga boy bo`lgan qismi chiqadi.

Yuqoridagi ma`lumotlardan xulosa qilish mumkinki, bolaning sog`lom o`lishi va aqliy rivojlanishida ona sutining ahamiyati borasida aholining tibbiy savodxonligini oshirishga asosiy e`tibor qaratish lozim.

ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASHDAGI O`RNI

*Xasanov D.SH., Mamarasulova D.Z., Urmanboeva D.A.
Andijon davlat tibbiyot instituti.*

Mavzuni dolzarbligi: Sut bezi saratoni boshqa xavfli o`sma kasalliklari bilan taqqoslanganda ayollar o`limiga eng ko`p olib keluvchi sabablardan biri hisoblanib, so`nggi o`n yilda Respublika onkologik kasalliklar strukturasida birinchi o`rinni egallab kelayotgan keng tarqalgan xavfli o`sma sanaladi. Sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini diagnostikasida ultratovush tekshiruvi bez to`qimasi xolati, regional limfa tugunlari o`zgarishlar xolatini to`liq aniqlash imkonini beruvchi usul hisoblanadi.

Tadqiqot maxsadi: Sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini erta tashxislashda ultratovush tekshiruvi imkoniyatlarini o`rganish.

Material va uslublar: Tadqiqot 2019-2021 yillarda Andijon shahri va Andijon tumanida istiqomat qiluvchi 20-60 yosh ayollar orasida olib borilgan profilaktik ko`ruv davomida sut bezlari ultratovush tekshiruvi natijalari tahlil qilishga asoslangan.

Tadqiqot natijalari: Andijon shaharida profilaktik ko`ruv davomida sut bezlari ultratovush tekshiruvi o`tgan jami 1116 nafar ayolda quyidagi natijalar ko`rildi: sog`lom ayollar 535 (49,7%), fibroz-kistoz mastopatiya 163 (14,6%), fibroz mastopatiya 140 (12,5%), tugunli mastopatiya 64 (5,7%), diffuz mastopatiya 30 (2,68%), sut bezi kistoz zararlanishi 95 (8,51%), fibroadenoma 13 (1,16%), Mins kasalligi 13 (1,16%) va havfli o`smaga gumon 11 (0,98%). Galaktotsele, ateroma va lipoma kabi boshqa kasalliklar 2 (0,26%) va 1 (0,089%) nafar ayolda aniqlangan. Andijon tumanida jami 1065 nafar ayoldan 530 nafarida (49,8%) sut bezida turli patologik xolatlar aniqlangan, 130 nafar (12,2%) fibroz mastopatiya, 153 nafar (14,3%) fibroz-kistoz mastopatiya va 54 nafari (5%) tugunli mastopatiya, qolgan kasalliklar mos ravishda ozroq foizlarda uchradi. Ikkiala xududda xam olingan natijalarga ko`ra, tekshirilgan ayollarning 50 foizida sut bezida turli patologik xolatlari aniqlandi.

Xulosa: Tadqiqot natijalari sut bezi saratoni va saraton oldi kasalliklarini erta tashxislashda ultratovush tekshiruvi imkoni yuqoriligini ko`rsatadi.

MOCHEVINA HOSILALARINING XALQ TABOBATIDA QO‘LLANILISHI

*¹Yu.X. Xolboyev, ¹A.B.Paqirdinov, ²A.G. Maxsumov, ³I.R. Asqarov
¹Andijon davlat tibbiyot instituti, ²Toshkent kimyo-texnologiya instituti
³Andijon davlat universiteti*

Mochevina hosilalari turli xil biologik faolliklarga ega bo'lgan moddalar sifatida shubhasiz qiziqish uyg'otadi, ular chet ellarda tibbiyot amaliyotida zararli shishlar va kanalarga qarshi, neyrotrop vositalar va antioksidantlar sifatida ishlatilishidan tashqari, Alsgeymer kasalligida, autoimmun kasalliklarida, psoriaz va radioaktiv chiqindilarni qayta ishlashda ham qo'llaniladi. Shu bilan birgalikda diabet, glaukoma va osteoporozni davolashda ham ishlatilmoqda.

Psoriaz (yunoncha: psoriasis - qichima), qipikli temiratki - yuqmaidigan tashqi teri kasalligi. Moddalar almashishi, nerv va endokrin sistemasini buzilishi, tonzillit, gaymarit, xoletsistit, adneksit va boshqalar kelib chiqishi, "suyak surishi" mumkin. Ko'pincha boshning sochli qismi, tizzasi, tirsak va qo'l-oyoqda paydo bo'ladi. Terida mayda, orqa yoki qizgish tugunchalar hosil bo'lib, qipiqilanuvchi oqish, kumush rang po'stloq bilan qoplanadi. Tugunchalar asta-sekin kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi. Kasallik zo'raiganda psoriaz toshmalari badanni butunlai egallab oladi.

Psoriazni davolash uchun hech qanday universal vosita yo'q, tavsiya etiladigan malham, krem, tabletkalarni faqatgina shifokor ko'rsatmasiga binoan olish kerak, lekin, qoida tariqasida, ularning tanlovi cheklangan.

Biz dorivor o'simliklar asosida tayyorlangan "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasini yaratdik va shu kasallik bilan kasallangan bemorlarga tavsiya qildik.

Ushbu preparatning dorivor xususiyatini o'rganish maqsadida, Andijon shaxar teri kasalliklari dispanseri, dermatovenerologiya kafedrasida klinik sinogdan o'tkazdik.

Klinik tadqiqotning maqsadi "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasini amaliyotga joriy etish uchun uning xavfli teri kasalliklaridan bo'lgan psoriaz kasalligiga ta'sirini aniqlashdan iborat.

Klinik tadqiqotlar psoriaz kasalligining turli bosqichlari bilan kasallanib, Andijon viloyati teri-tanosil kasalliklari dispanserida sintetik dori vositalari bilan davolanayotgan 10 bemorlarga qo'shimcha ravishda tayyorlangan "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasidan tartib asosida berish bilan amalga oshirildi. Bunda, dastlab 10 nafar bemorning kasallik darajasi, qon tahlili, biologik faol moddalarga ta'sirchanligi o'rganilib, ularning sintetik dori vositalari va "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasi tarkibidagi biologik faol moddalarga ta'sirchan emasligi aniqlandi. Sintetik dori vositalari bilan davolanayotgan ushbu 10 nafar bemorlarga 15 kun mobaynida "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasi qo'shimcha sifatida berildi. Ular bilan bir vaqtda boshqa 10 nafar bemorlar esa faqat sintetik dori vositalari yordamida davolandi. Natijada sintetik dori vositalariga qo'shimcha sifatida "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasi berilgan bemorlarning 80% ida ijobiy natija kuzatilib, ularning terisidagi psoriaz kasalligi belgilari miqdori kamaydi. Faqat sintetik dori vositalari bilangina davolangan kasallarning 30% ida shunday ijobiy natija kuzatilib, ularning terisida shunday ijobiy natija kuzatildi. Bu esa, sintetik dori vositalari bilan davolanayotgan, psoriaz bilan kasallangan bemorlarga "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasi qo'shib berilganda, faqat sintetik dori vositalari bilan davolashga nisbatan bir necha barobar samarali va zararsiz ekanligini ko'rsatdi.

Andijon viloyati teri-tanosil kasalliklari dispanserida "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasining psoriaz kasalligiga ta'sirini o'rganish bo'yicha o'tkazilgan klinik tadqiqotlar natijasida sintetik dori vositalari bilan davolanayotgan psoriaz kasalligiga chalingan bemorlarni davolashda "Psoralin" tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo'shilmasi

qo‘shib berilganda, faqat sintetik dori vositalari bilan davolashga nisbatan bir necha barobar yuqori samara berdi.

Shunday qilib, biz yaratgan “Psoralin” tabiiy biologik faol oziq-ovqat qo‘shilmasi psoriaz kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolashda qo‘llanilishi mumkin va hech qanday nojo‘ya ta’sirga ega emas deb xulosa qilish mumkin.

KAMQONLIK KASALLIGINI DAVOLASHDA FERROSEN HOSILALARINING QO‘LLANILISHI

Xolboyev Yu.X¹, Maxsumov A.G², Asqarov I.R³, Mirraximov J.A⁴.

¹Andijon davlat tibbiyot instituti, ²Toshkent kimyo-texnologiya instituti

³Andijon davlat universiteti,

⁴O‘zbekiston Respublikasi SSV Xalq tabobati markazi rahbari.

Mamlakatimizda mustaqillik yillarida barcha sohalarda juda katta ishlar amalga oshirildi. Boshqa sohalar qatori tibbiyot sohasida qator ijobiy ishlar amalga oshirildiki, oqibatda inson salomatligini har tomonlama muhofaza qilish imkoni yaratildi. Lekin inson salomatligini saqlashda biogen elementlardan biri bo‘lgan temir ishtirokida sodir bo‘ladigan jarayonlarni tartibga solish muhim ahamiyatga ega bo‘lgan masalalardan biridir. Organizmda temir yetishmasligi natijasida kamqonlik kasalligi kelib chiqadi.

Kamqonlik kasalligi organizmda turli omillar ta’sirida rivojlanib, barcha hayotiy jarayonlarni izdan chiqishiga sabab bo‘ladi. Kasallikni davolash uchun ko‘plab davlatlarning yetuk olimlari ilmiy tadqiqot ishlari olib borishmoqda. Tadqiqotlarning asosiy maqsadi inson organizmi uchun bezarar, ijobiy ta’sirga ega, mahalliy xom ashyo manbalaridan olish imkoni bo‘lgan zamonaviy dorivor preparatlarni ishlab chiqishdan iboratdir.

Kamqonlik kasalligi bir necha turlarga bo‘linadi: temir tanqisligi anemiyasi, postgemorragik anemiya va radiasion anemiya. Ularni davolashda tarkibida ferrosen saqlovchi preparatlardan foydalanish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Chunki gemoglobinning tarkibi, xossalari ferrosen saqlovchi moddalar xossalari o‘xshash. Ferrosen preparati so‘zimizga dalil bo‘la oladi.

Kamqonlik kasalligining asosiy sababi temir tanqisligidan kelib chikadi. Masalan, Afrikada 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 30-60%, Angliyada 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 34%, Hindistonda 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 76%, temir tanqisligi sababli kamqonlik kasalligi bilan kasallangan.

Mamlakatimizda ham kamqonlik kasalligiga duchor bo‘lgan aholi soni ham kam emas. Shu sababli, O‘zbek kimyogar olimlari ham bir qator ilmiy tadqiqot ishlari olib borishgan va davom ettirmoqdalar. Jumladan, professorlar A.G. Maxsumov va I.R. Asqarovlar rahbarligida olib borgan ilmiy tadqiqot ishlari ahamiyatga molikdir. Masalan, sintez qilingan birikmalardan N,N¹-geksametilen bis-[(ferrosenilfenilamino) mochevina]ni kamqonlikni davolashda qo‘llanilayotgan dorivor preparatlar qatoriga qo‘shish mumkin.

РОЛЬ ЭКСТРАКТА АЮГИ ТУРКЕСТАНСКОЙ ПРОТИВ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В УСЛОВИЯХ IN VIVO

Абдуллаев А.А., Гайибов У.Г., Гайибова С.Н., Инамжанов Д.Р., Арипов Т.Ф.

Институт биорганической химии АН РУз.

Актуальность. Согласно современным взглядам следствием перекисного окисления липидов является повреждение макромолекул и мембран. Это приводит к нарушению барьерной и других функций клеточных мембран, к разобщению процессов окисления и фосфорилирования на мембранах митохондрий. Нарушение функций данных систем приводит к возникновению той или иной патологии.

Применение антиоксидантов способствует восстановлению функций с выраженным лечебным и профилактическим эффектом.

Цель. Целью данного исследования является исследование влияния экстракта аюги туркестанской на уровень перекисного окисления липидов (ПОЛ) различных органов животных при модели аллоксанового диабета.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили самцы белых беспородных крыс весом 160-180 гр., у которых моделировали экспериментальный сахарный диабет с применением классического диабетогена – аллоксана. На 15-й день после моделирования крысу декапитировали, выделяли органы и измеряли уровень малонового диальдегида (МДА) отдельно в гомогенате каждого органа спектрофотометрически при длине волны 540 нм. Концентрацию МДА в гомогенате рассчитывали по формуле молярной экстинкции – $C_{\text{МДА}} = (\Delta D / 0,156) \times 16$ согласно М. Uchiyama, М. Mihara.

Результаты. По итогам проведенных экспериментов у крыс с экспериментальным аллоксановым диабетом было установлено изменение протекающих процессов ПОЛ почти во всех органах. Концентрация МДА в гомогенатах, в зависимости от выбранного органа, повышалась от 1,2 до 2,1 раза по сравнению с контрольной группы животных, что подтверждает о резком возрастании окислительного стресса. При пероральном введении крысам экстракта аюги туркестанской в дозе 75 мг/кг в течении 14 дней, на фоне развития аллоксан-индуцированного окислительного стресса, происходило снижение показателей МДА в гомогенатах органов. Преимущественно выраженное снижение количества МДА наблюдалось в гомогенате мозга крыс.

Выводы. Резюмируя все вышесказанное, можно отметить о перспективности применения экстракта аюги туркестанской при патологиях, в результате которых развивается окислительный стресс.

ТАКСОНОМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.

*Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Ахмедова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Целью нашего исследования - было изучение изменчивости некоторых таксономических признаков микроорганизмов, высеянных из мочи больных женщин с инфекциями мочевых путей (ИМП) и были проведены углубленные бактериологические исследования высеянных штаммов микроорганизмов при КОЕ/мл (колониеобразующие единицы в 1 мл мочи) больше 100 тысяч микробных тел ($\geq 10^5$ КОЕ/м.т.). Исследования по идентификации штаммов проводили по Bergey's (1997) и Manual of Clinical Microbiology (1999).

Этиологическим агентом ИМП у больных женщин преимущественно были E.coli (74,0%). Вместе с E.coli часто высеивались представители семейства Enterobacteriaceae, Streptococcus sp, Enterococcus sp, Candida sp, P. aeruginosa и S.epidermitis (от 2,0% до 8,0%). Дальнейшая идентификация культур свидетельствует об однородности родов Escherichia, Pseudomonas, Staphylococcus по основным таксономическим признакам.

Доказаны штаммовые различия в отношении способности утилизировать сахарозу (42,0% не утилизировали сахарозу). Кроме того, 12,0% штаммов, выделенных из мочи больных острыми и хроническими циститами, не имели фермента орнитиндекарбоксилаза. Все штаммы не обладали гемолитической активностью, кроме штаммов в группе больных хроническими циститами женщин.

Штаммы *E.coli* проявляли изменчивость по следующим признакам – ферментация мальтозы, сахарозы, глюкозы, образование индола, гемолизина, протеазы, фибринолизина и отличались по антигенным свойствам.

Штаммы *P.aeruginosa* были вариабельными по пиоцианину, уреазе, фибринолизину, гемолизину, протеазе. У штаммов *S.epidermitis* с различной частотой обнаруживали хлопьеобразующий фактор лецитиназу, гемолизин, ферментацию мальтозы, лактозы и маннита.

Таким образом, штаммы возбудителей ИМП, высеянных от больных женщин, при $\geq 10^5$ КОЕ/мл отличаются от других штаммов микроорганизмов вариабельностью по биохимическим свойствам и с различной частотой обнаруживают признаки, с которыми связана их патогенность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КО-ВАЛОДИПА

Акрамова А. А., Шукурова Д. Б.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность проблемы: В настоящее время часто встречаются внезапное повышение артериального давления. В связи с этим увеличивается потребность к антигипертоическим препаратам. Один из примеров такого препарата является Ко-Валодип. Ко-Валодип относится к комбинированной терапии и применяется независимо от приема пищи. Но его рекомендуют применять пациентам с осторожностью при нарушении функции печени или при заболеваниях желчных путей. А также этот препарат включает в себя 3 антигипертензивные средства, которые контролируют артериальное давление. Такие средства, как амлодипин из класса антагонистов кальция, валсартан из класса антогонистов ангиотензина и гидрохлоротиазид из класса тиазидных диуретиков.

Цель исследования: изучить эффективность применения и действия Валодипа в настоящее время.

Материалы и методы: Исследование было проведено у 12 пациентов отделения терапии 1 клиники СамМИ.

Результаты и обсуждения: Пациенты с высокой артериальной давлением получили внутрь однократной дозы. У всех эффект и течение проходило по разному. Длительность действия препарата длится до 24 часов. У 6 больных действие препарата наблюдалось через 1,5 часа; у 2 - в первые полчаса после приема лекарства, 2 пациентам было противопоказано (беременность) и 2 пациентам эффект препарата был замечен в течении 2х часов.

Вывод: Таким образом, комбинированные препараты, также Ко-Валодип помогает эффективно снизить АД, защитить органы-мишени. Ко-Валодип является современным и инновационным препаратом, которые не только снижают АД, но и оказывает влияние на продолжительность и качество жизни пациентов.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ШКОЛЬНИКОВ НА ОСНОВАНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Алиева М.А., Абдююсупова К.М., Шамсиев Ф.Х.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: изучить распространенность и интенсивность заболеваний пародонта с помощью методики и карты Всемирной Организацией Здравоохранения, с использованием индекса нуждаемости в лечении CPITN.

Материалы и методы: Нами были обследованы 800 учащихся обоего пола в возрасте 14-15 лет и 16-17 лет, проживающих в городе Ташкенте. Регистрацию патологических изменений в тканях пародонта проводили как по методике Всемирной Организацией Здравоохранения, так и в соответствии с классификацией болезнью пародонта. Состояние пародонта определяли в 6 десневых секстантах: по 3 на каждой челюсти. В каждом секстанте выявляли с помощью специального пуговчатого зонда кровоточивость дёсен, определяли наличие зубных отложений, измеряли глубину пародонтальных карманов. Состояние пародонта оценивали с применением индекса нуждаемости в лечении.

Проведенные эпидемиологические исследования и структура индекса свидетельствует о высоком уровне заболеваемости пародонта в подростковом возрасте, на что указывает незначительный процент лиц со здоровым пародонтом и наибольшее число изменённых сегментов в расчёте на одного обследованного ($2,6 \pm 1,5$). Из всех регистрируемых признаков патологии чаще наблюдался зубной камень, в большинстве случаев сочетавшийся с кровоточивостью дёсе (77-70%). Интенсивность этого признака составляла $3,6 \pm 2,17$ сегмента на одного обследованного. Только кровоточивость дёсен без других патологических изменений в пародонте была зафиксирована у 25% подростков. Интенсивность этого признака соответствовала 1,6-4,3 сегмента на одного обследованного.

Результаты и обсуждения: Суммируя показатели распространённости и интенсивности отдельных признаков патологии пародонта (кровоточивость+ камень+ карманы), получили показатели общей распространённости к интенсивности заболеваний пародонта обследованного контингента населения. Распространённость болезнью пародонта в подростковом возрасте составила 90,2-94% при интенсивности 4,9-5,4 поражённого сегмента на одного обследованного.

Установлено, крайне неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у обследованного контингента. Среднее гигиеническое значение во всех возрастных группах находилось в пределах 2,0-2,3 балла. Результаты анализа заболеваний пародонта в подростковых группах подтверждают неуклонное прогрессирование с возрастом патологических изменений в пародонте при отсутствии соответствующих профилактических мероприятий.

Выводы: таким образом, показатель индекса нуждаемости в лечении свидетельствует о необходимости проведения лечебно-профилактических мероприятий среди обследованных. Так как, в удалении зубного камня или профессиональной гигиене полости рта нуждаются около 90% подростков. Это указывает на необходимость дальнейшего совершенствования диагностической и лечебно-профилактической помощи данному контингенту населения.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Байбекова Г.Дж.

Кафедра нормальной физиологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В кишечную фазу секреции поджелудочной железы (ПЖ) выделяется 70–80% объема постпрандиального сока, ферментный состав которого адаптирован к содержанию нутриентов в дуоденальном химусе.

Адрено- и холинореактивные центральные ствольные структуры также принимают участие в корригирующих дуодено-панкреатических субстрат-ферментных адаптациях секреции.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого тяжелого и средней тяжести некротического билиарного панкреатита путем применения активной дуоденальной декомпрессии.

Материалы и методы исследования. В Институте АГМИ им. Ю. Атабекова в 2020-2021 гг. были оперированы 51 пациент с Х.П. Диагноз Х.П. устанавливали на основании клинических признаков болезни (боль в животе) и при обязательном наличии следующих критериев, выявляемых методами лучевой диагностики:

- 1) увеличения размера ПЖ по данным компьютерной томографии (основной критерий - увеличение головки более 30 мм) или ее атрофии (головка менее 23 мм, тело менее 20 мм и хвост менее 15 мм);
- 2) вирсунголитиаза и/или кальцинатов паренхимы;
- 3) панкреатической гипертензии (расширение панкреатического протока 5 мм и более);
- 4) постнекротических интрапанкреатических кист.

Результаты исследования. Хронология развития заболевания показала, что у 43 (54,4%) пациентов из 79 болезнь началась с острого панкреатита, сопряженного с приемом алкоголя, что потребовало стационарного лечения в 38 наблюдениях. В последующем у этих людей периодически возникала боль в верхних отделах живота различной интенсивности, соответствующая Х.П. Болезнь развивалась постепенно у 33 (41,8%) пациентов, у которых первым симптомом явилась незначительная боль в верхних отделах живота с последующим нарастанием их интенсивности и частоты возникновения. Механическая желтуха без предшествующего болевого синдрома послужила первым клиническим проявлением болезни у 2 (2,5%) больных, умеренная боль в животе у них появилась позже. Нарушение пассажа содержимого по ДПК в качестве первого симптома отмечено лишь у 1 (1,3%) пациента. Длительность заболевания от момента регистрации первых симптомов до установления диагноза ДД колебалась от 2 мес до 14 лет и в среднем составила 32 мес.

Боль в животе явилась основным симптомом болезни, присутствовавшим у 78 (98,7%) больных. Один раз в 2 нед боль в животе возникала у 40 больных. Боль чаще 1 раза в неделю отмечалась у 38 человек, из которых у 24 интенсивность болевого синдрома превышала 6 баллов по визуально-аналоговой шкале. Полностью безболевого вариант болезни был у 1 (1,3%) больного Х.П. Заболевание проявлялось декомпенсированным стенозом ДПК и билиарной гипертензией.

Частым симптомом заболевания явилась потеря в массе тела, зарегистрированная у 46 (58,2%) больных и достигавшая 18,8% за 2 мес.

Билиарная гипертензия обнаружена у 30 (38,0%) больных, из которых у 9 имелась и механическая желтуха. Клинические признаки нарушения проходимости ДПК выявлены у 28 (35,5%) больных, из которых у 13 (16,5%) при рентгенологическом исследовании выявлено нарушение эвакуации контрастного препарата из желудка. Повышенный уровень онкомаркера СА19-9 констатирован у 15 (19,0%) больных.

При трансабдоминальном УЗИ брюшной полости типичные изменения в виде утолщения стенки нисходящего отдела ДПК с наличием в ее толще анэхогенных структур, имеющих округлые формы и четкие контуры, выявлены у 40 (50,6%) пациентов. В остальных наблюдениях ультразвуковая картина соответствовала ХП

На сегодняшний день морфологи не могут дать однозначного ответа на вопрос, являются ли ДД и бороздчатый панкреатит различными заболеваниями, несмотря на то, что их морфологические проявления очень близки. Следствием этого явилось предложение N. Adsay и G. Zamboni [4] использовать собирательный термин «парадуоденальный панкреатит».

По результатам нашего исследования, бороздчатый панкреатит был у 69,6% больных ДД, гетеротопия ткани ПЖ - у 30,4%. Поскольку эти морфологические изменения характеризовались идентичной клинической картиной, требовали

одинакового лечения и верифицировались лишь при морфологическом исследовании, мы не считали необходимым рассматривать их как отдельные заболевания. В качестве обобщенного названия кистозно-воспалительной трансформации стенки ДПК мы использовали принятый в нашей стране термин «дуоденальная дистрофия».

Таким образом, исходя из накопленного коллективного опыта, можно утверждать, что у больных ХП может возникать кистозно-воспалительная трансформация стенки ДПК, что усугубляет тяжесть течения заболевания. В то же время существует небольшая группа больных, составляющая около 6-20% популяции, у которых поражение стенки ДПК возникает первично, приводит к панкреатической гипертензии и вторичному развитию ХП.

Вывод. Таким образом, кистозно-воспалительная трансформация стенки двенадцатиперстной кишки является объективной реальностью. Эти изменения стенки кишки, именуемые дуоденальной дистрофией (ДД), чаще являются осложнением хронического панкреатита (ХП), но возможно и первичное их возникновение с последующим присоединением изменений ткани поджелудочной железы, соответствующих Х.П. Клинические проявления ДД не зависят от причины ее возникновения и сводятся к симптоматике, не отличимой от симптомокомплекса Х.П.

Лечение больных, страдающих ХП и ДД, вначале должно быть консервативным, при необходимости следует производить паллиативные эндоскопические вмешательства, направленные на устранение билиарной и панкреатической гипертензии. Хирургическое лечение показано при сохраняющейся боли и наличии осложнений ХП, нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки.

ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ЭКЗОСЕКРЕЦИЯ ЭВАКУАТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Байбекова Г. Дж.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Основным химическим реактором пищеварительного тракта является тонкая кишка, где завершается гидролиз пищевых полимеров и происходит процесс всасывания продуктов их гидролиза. Проксимальнее расположенные отделы пищеварительного конвейера совершают начальные этапы гидролиза нутриентов ферментами секретов пищеварительных желез и приготовление гомогенной смеси из пищевых веществ и секретов. Антральным пищевым содержимым порционно загружается двенадцатиперстная кишка (ДПК), и в ней завершается приготовление «шихты» для основного реактора, то есть происходит перевод желудочного пищеварения в тонкокишечное полостное и пристеночное пищеварение. Скорость эвакуации сложно организованного процесса транспорта антрального содержимого в ДПК регуляторно определяется степенью его подготовленности к перемещению в тонкую кишку, то есть адекватностью состава и свойств содержимого желудка и ДПК. Следовательно, эвакуаторный гастродуоденальный транспорт выступает этапом пищеварительного конвейера.

Цель исследования. Обосновать лечение ПЭ, с учетом особенностей внешнесекреторной функции ПЖ (вариантов ее секреторного ответа на желудочную гиперсекрецию), секретинного механизма ее регуляции и степени фиброзирования ткани ПЖ.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: открытое проспективное контролируемое (когортное) исследование у 40 больных острым некротическим панкреатитом.

Результаты исследования. У больных хроническим панкреатитом в сочетании с язвенной болезнью ДПК наблюдается извращенная кинетика эндогенного секретина плазмы в ответ на чрездуоденальную стимуляцию ПЖ желудочным секретом, заключающаяся в снижении уровня секретина в течение секреторного ответа ПЖ и не полном восстановлении его уровня по отношению к исходному к концу секреторного ответа.

У больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК преобладает хронический панкреатит с гипореактивным (отсроченным, запоздалым) секреторным ответом на чрездуоденальную стимуляцию ПЖ желудочным секретом.

Коррекция реактивности секреторного ответа ПЖ у больных хроническим панкреатитом в сочетании с ЯБ ДПК возможна путем дифференцированного подхода к применению ингибиторов протонной помпы и блокаторов № - гистаминовых рецепторов с целью влияния на уровень секретина плазмы, а также назначением прокинетики с целью нормализации скорости транзита желудочного секрета через ДНК.

Особенностью изменений морфоструктуры паренхимы ПЖ у больных ХП в сочетании с язвенной болезнью ДПК является преобладание частоты очагового фиброза над диффузным.

К особенностям изменений морфоструктуры главного панкреатического протока у больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК можно отнести более частую встречаемость атрофического дуодулита, аденоматоза и кистозной трансформации его слизистой оболочки.

К факторам, обуславливающим изменения со стороны слизистой оболочки вирсунгова протока у больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК можно отнести снижение уровня секретина и нарушение его кинетики в ответ на чрездуоденальную стимуляцию внешней секреции ПЖ, что может способствовать недостаточной или извращенной гормональной стимуляции дуктулоцитов.

Вывод. В данном дуоденальном сопряжении сигнальную роль выполняют нутриенты (и продукты их начального гидролиза, что особенно выражено в гидролизатах белков и липидов), а также гидролитические ферменты дуоденального химуса, в первую очередь панкреатические протеиназы и их протеиназо-активируемые рецепторы.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИДИВА ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Бахронов Ш.Ш., Холмуродова Х.Х., Исроилов Х.Э. Гозибеков Ж.И.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Цель исследования Улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний щитовидной железы.

Материалы и методы исследования: Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 281 больных узловым зобом, оперированных в хирургическом отделении клиники СамМИ. Возраст больных на момент выполнения операции был от 13 до 74 лет, средний возраст $36,4 \pm 7,2$ лет. Среди них женщин – 252 (89,7%), мужчин – 29 (10,3%). Всем больным до операции проводилось цитологическое и после операции гистологическое исследование.

Выводы: На основании факторного анализа отдаленных результатов хирургического лечения узлового зоба определено:

Частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний щитовидной железы очень низкая: послеоперационное кровотечение 4,7% , временный парез возвратного гортанного нерва 5,8%, стойкий паралич возвратного гортанного нерва 0%, транзиторный гипопаратиреоз 1,15%, перманентный гипопаратиреоз 0%.

Исход оперативного лечения заболеваний щитовидной железы благоприятный. Послеоперационный рецидив в течении 6 лет наблюдался у 4,67% больных. Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

ВНЕДРЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА УРОКАХ ВНЕКЛАССНОГО ЧТЕНИЯ ПО ЛИТЕРАТУРЕ В СРЕДНИХ КЛАССАХ

Буранова Н.Ш.

преподаватель кафедры узбекского языка и литературы, языков АГМИ

В настоящее время нельзя говорить об учебном процессе как просто о передаче информации, и роль учителя совсем не в том, чтобы яснее и понятнее, красочнее, чем в учебнике сообщить эту информацию, а в том, чтобы стать организатором познавательной деятельности ученика. Кроме знания основных нормативных документов ГОС, методических принципов и структуры современного урока, для достижения новых образовательных результатов необходимо, чтобы учитель четко представлял, какие образовательные технологии следует использовать в учебном процессе. В концепции общего образования выделен системно-деятельностный подход к образованию учащихся, и наиболее эффективными будут те технологии, которые направлены на познавательное, коммуникативное, социальное и личностное развитие школьника. При этом следует также иметь в виду, что выбор технологии обучения зависит от многих факторов: от возраста учащихся, ресурсных возможностей, подготовленности учителя и т.д. Без сомнения, приоритет следует отдавать продуктивным, творческим, исследовательским, проектным, информационным технологиям, не отрицая использования и других.

Педагогические технологии – это сложные системы приёмов и методик, объединённых приоритетными общеобразовательными целями, концептуально взаимосвязанными между собой задачами и содержанием, формами и методами организации учебно-воспитательного процесса, где каждая позиция накладывает отпечаток на все другие, что и создаёт в итоге определённую совокупность условий для развития учащихся.

Сегодня в образовании активно внедряются новые образовательные технологии. Под технологиями понимаются такие стратегии образования, которые требуют усвоения не только определённых знаний, но и навыков его получения, что предполагает особую методическую нагруженность образовательного процесса.

Сущность образовательных технологий выражается в том, что изменяется характер и способ образования. Наряду с развитием умственного потенциала учащихся происходит личностное развитие, т.е. сам процесс образования предполагает иную позицию учителя и ученика в образовании: они выступают как равноправные участники образовательного процесса. Рассмотрим некоторые педагогические технологии, которые можно использовать во время внеклассных уроков по литературе.

1. Технология проблемного диалога. Проблемно-диалогическая технология даёт развернутый ответ на вопрос, как учить, чтобы ученики ставили и решали проблемы. В словосочетании «проблемный диалог» первое слово означает, что на уроке изучения нового материала должны быть проработаны два звена: постановка учебной проблемы и поиск ее решения.

2. Технология продуктивного чтения, т.е. формирования типа правильной читательской деятельности). В образовательной системе существует единая для всех уроков технология чтения текста, основанная на природосообразной технологии

формирования типа правильной читательской деятельности. Сама технология включает в себя 3 этапа работы с текстом.

I этап. Работа с текстом до чтения – антиципация (предвосхищение, предугадывание предстоящего чтения).

II этап. Работа с текстом во время чтения. Первичное чтение текста.

III этап. Работа с текстом после чтения. Концептуальная (смысловая) беседа по тексту.

3. Технология оценивания образовательных достижений (учебных успехов).

Основные задачи новой технологии: определять, как ученик овладевает умениями по использованию знаний – то есть насколько обучение соответствует современным целям образования; развивать у ученика умения самостоятельно оценивать результат своих действий, контролировать самого себя, находить и исправлять собственные ошибки; мотивировать ученика на успех, избавить его от страха перед школьным контролем и оцениванием, создать комфортную обстановку, сберечь психологическое здоровье детей. Основными составляющими новой технологии являются: развитие у учащихся умений самоконтроля и самооценки; фиксация результатов контроля в предметных таблицах требований; дифференциация оценки по специальной шкале уровней успешности».

4. Технологии проблемного обучения. Как обычный урок сделать необычным, как неинтересный материал представить интересным, как с современными детьми говорить на современном языке? Эти и многие другие вопросы задаём мы себе, приходя сегодня в класс. Учитель должен владеть личностно-ориентированными, развивающими образовательными технологиями, учитывающими различный уровень готовности к обучению в школе. Развитие современной личности учащегося осуществляется в процессе собственной деятельности, направленной на "открытие" нового знания.

5. Информационная технология.

Уроки с использованием информационных технологий не только расширяют и закрепляют полученные знания, но и в значительной степени повышают творческий и интеллектуальный потенциал учащихся. Поскольку фантазия и желание проявить себя у школьника велики, стоит учить его как можно чаще излагать собственные мысли, в том числе и с помощью информационных технологий. Использование ИКТ в учебном процессе позволяет повысить качество учебного материала и усилить образовательные эффекты.

Ни для кого не секрет, что круг чтения современных детей ограничивается школьной программой. Школьников-подростков часто пугает объём предложенной книги. Поэтому задача учителя – заинтересовать ребёнка книгой, представить доступный круг чтения во всём его многообразии и привлекательности. Многие детские произведения экранизированы, это даёт возможность использовать фрагменты фильмов на уроках литературного чтения.

Все чаще и чаще дети подменяют чтение авторского текста на просмотр одноименного мультфильма. Посмотреть мультфильм, посидеть у компьютера – и быстрее, и проще, и интереснее.

Считаем, что использование информационных технологий может преобразовать преподавание традиционных учебных предметов, оптимизировав процессы понимания и запоминания учебного материала, а главное, подняв на неизменно более высокий уровень интерес детей к учебе.

Работа эта очень сложная, но очень важная, и её нужно проводить систематически. От этого зависит будущее наших детей, какими они вырастут взрослыми читателями, и какими людьми. Подтверждением сказанного могут служить слова С. Лупана: “Привить ребёнку вкус к чтению – лучший подарок, который мы можем ему сделать”.

Таким образом, сегодня быть педагогически грамотным специалистом нельзя без изучения всего обширного арсенала образовательных технологий. Поэтому важнейшей составляющей педагогического процесса должно стать личностно - ориентированное взаимодействие учителя с учениками, где бы обеспечивалось комфортное психологическое самочувствие обучающихся и обучающихся, резкое снижение конфликтных ситуаций на уроках и во время воспитательной деятельности, где бы создавались благоприятные предпосылки для повышения уровня общекультурной подготовки; создавался благоприятный микроклимат в классе, школе.

КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ В ОСНОВЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Бутабоев.М.Т.

*Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика
Узбекистан*

Внимание многочисленных авторов обращено на благотворное влияние физических методов лечения в восстановительной терапии как важнейшего компонента в комплексной этапной реабилитации больных.

Ранняя реабилитация – одна из важнейших её принципов, а потому все организационные и методические её формы должны быть ориентированы на выполнение этой задачи. Основой успеха реабилитационных мероприятий является их комплексность, индивидуальность, а также непрерывность или этапность в их проведении.

Задачей нашего исследования было решение ряда этих вопросов. Базами для наших исследований служили физиотерапевтические больницы, санаторий – профилактории, санатории, базирующиеся в Ферганской долине и Республике Узбекистан.

На базе нашей кафедры восстановительное лечение и физическую реабилитацию проводили по специально разработанным лечебным комплексам, составленные с учетом не только стадии развития основного, но и сопутствующих заболеваний, возраста и переносимости лечения.

Осуществлялись принципы преемственности, непрерывности и индивидуальности. Большую роль в восстановительном лечении придавали использованию рационального двигательного источника, сауны, аппаратной физиотерапии и методам восточной медицины. Важное значение имело проведение психологической подготовки больного к предстоящему возвращению его к труду. Число лечившихся в нашем наблюдение за год – 552 в возрасте от 17 до 82 лет, из них мужчин – 52 %, женщин 48 %, в том числе рабочих и служащих – 52,7 %.

При оценке результатов этапного лечения мы пользовались критериями эффективности, разработанными нашим коллективом. У каждого больного при выписке проводили экспертную оценку по субъективным, объективным, клиническим и лабораторным данным.

Положительные результате этапного лечения были у 89,6 % больных остеохондрозом позвоночника, 84 % больных неспецифическими воспалительными заболеваниями женских половых органов, 81 % с ревматоидными полиартритами, 13 % со вторичными бесплодиями женщин. Наше исследование показало эффективность этапного лечения.

БУЛЛЁЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ В ДАГЕСТАНЕ – КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Гаджимурадова К.М., Жукова О.В., Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава.*

Врождённый буллёзный эпидермолиз (ВБЭ) относится к орфанным (редким – не более 10 случаев на 100000 населения) заболеваниям. В Российской Федерации показатель его распространённости в 2016 году составлял 3,9 на 1 миллион населения, а в Республике Дагестан он самый высокий в стране - 43,3 на 1000 000.

Цель – изучить типы и их клинико-генетические особенности, семейный анамнез пациентов ВБЭ и его профилактику в условиях Республики Дагестан.

Материалы и методы. Обследованы 130 пациентов ВБЭ, верифицирован тип и субтип у 129 (99,23±0,77%) из них. Изучено картирование заболевания в регионе, а также у 127 пациентов подходы к терапии и влияние экзогенных факторов на кожный процесс и развитие сопутствующей патологии.

Результаты и заключение. Клинические формы ВБЭ распределены в регионе следующим образом: простая – 65%, пограничная – 6%, дистрофическая – 28%, один больной с Киндлер-синдромом. Одному пациенту идентифицировать тип ВБЭ не удалось. Рецессивная форма генодерматоза (проявляется при близкородственных и субпопуляционных браках) зафиксирована нами у 46% больных. По степени тяжести течения ВБЭ больные отнесены к четырем группам. Большая часть пациентов входит в группу с легкой и средней тяжестью: ПВБЭ Вебера-Кокейна - 53 (41,73±4,38%, n=127) и герпетиформный Доулинг-Меара - 11 (8,66±2,5%, n=127), доминантный ДВБЭ - 3 (2,36±1,35%, n=127) и рецессивный ДВБЭ генерализованный не мутилирующий - 1 (0,79±0,79%, n=127), ПгрВБЭ - 8 (6,3±2,16%, n=127), а также Киндлер-синдром - 1 (0,79±0,79%, n=127). Больные генерализованным рецессивным ДВБЭ отнесены либо к тяжелой, либо очень тяжелой группе течения процесса - 7 (5,51±2,07%, n=127) и 21 (16,54±3,32%, n=127) соответственно. Контингент детей составляет большую часть больных ВБЭ в Республике Дагестан - 63,78±4,26%. В тоже время, 6,3±2,16% составляют лица в возрасте 56-63 года, что требует дифференцированного подхода при их ведении.

Установлены административно-территориальные единицы республики с высокой патогенной мутацией, ассоциированной с определённым субтипом ВБЭ. Так в 11 районах выявлены больные с тяжёлой формой дистрофического ВБЭ. И формой первичной профилактики является консультация молодожёном из этих районов перед бракосочетанием. Профилактикой осложнений основного заболевания является ранняя верификация заболевания и проведение симптоматической терапии, создание безопасной среды проживания. Существенным внешним фактором, усугубляющим течение ВБЭ, в Дагестане является высокая температура воздуха в течение 5 месяцев (май-сентябрь). Кондиционирование воздуха позволяет избежать летнего обострения кожного процесса, добиться уменьшения площади её поражения и повысить качество жизни пациентов.

ИНТЕГРАЦИЯ ЧАТ-БОТОВ В МЕССЕНДЖЕРАХ ДЛЯ
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

*Гаджимурадова М.М., Магомедова Ш.З., Гаджимурадова К.М.
Дагестанский государственный медицинский университет*

Актуальность исследования: Чат-боты, также известные как диалоговые агенты, интерактивные агенты или виртуальные помощники представляют собой программы искусственного интеллекта, предназначенные для имитации человеческого разговора с помощью текста или речи. Ряд авторов указывает на потенциальную возможность использования чат-ботов в области здравоохранения, в мире маркетинга и бизнеса.

В настоящее время безопасной формой медицинских чат-ботов является: планирование визитов к врачу в зависимости от тяжести симптомов, мониторинг состояния здоровья, уведомление медсестры при критическом уровне контрольных параметров, консультирование ухаживающего персонала на дому. Это, по сути, замена работы представителей службы поддержки пациентов.

Вышеуказанный искусственный интеллект также может позаботиться о выставлении счетов страховых случаев утраты здоровья, инвентаризации и управлении страховыми случаями, как описывает зарубежная компания-разработчик программного обеспечения для здравоохранения Itransition.

По прогнозам Juniper Research (американская компания, производитель телекоммуникационного оборудования, преимущественно для интернет-провайдеров, корпораций и государственного сектора), к 2022 году чат-боты сэкономят организациям по всему миру 8 миллиардов долларов, взяв на себя задачи по обслуживанию пациентов, улучшая качество обслуживания и, как следствие, результаты медицинского обслуживания.

В то же время, Всемирная организация здравоохранения указывает на нехватку более 7 миллионов медицинских работников во всем мире. Это делает все более необходимым дополнение традиционных моделей медицинской помощи технологиями, чтобы позволить врачам сосредоточиться на наиболее важных проблемах и пациентах.

Цель исследования: Создание и апробация чат-бота для диспансерного наблюдения больных в дистанционном формате.

Материалы и методы исследования: Запущен @BotFather и произведено создание нового бота. В контактах и чатах программы отображается название робота. Ключом для доступа к HTTP API является сохранённый токен (5221762677:AAF-QbHRUfLrAbek-dB0oR67). С помощью ключа робот был запрограммирован, и на данный момент в функции Бота входит получение и отправка сообщений. Платформой моделирования алгоритма является BotMother. Проработан детальный алгоритм функционирования чат-бота, выбраны и взаимосвязаны между собой компоненты программы в визуальном редакторе. Разработанный алгоритм функционирования чат-бота дополнен итоговой кумуляцией ответов пациента в альтернативном Телеграмм-Боте, который отправляет информацию врачу.

Результаты исследования: Программа апробирована в ГБУ РД «Поликлиника №5» г. Махачкалы. Алгоритм функционирует и активизируется на вопрос: «Вы согласны на обработку ваших персональных данных, а также с тем, что данный формат не предусмотрен для выставления диагноза (только для динамического наблюдения за пациентом и консультирования в формате врач-врач). Выберите "ДА" или "НЕТ"». При ответе «ДА» в чате автоматически всплывали данные сообщения: «Напишите Ваши ФИО», «Укажите район, в котором Вы на данный момент находитесь». В следующем сообщении: «Укажите, в какое время Вам удобно с нами связаться в ближайшую пятницу:» необходимо выбрать три параметра времени (10:00/12:00/14:00), после чего

запись на онлайн-консультацию считается завершенной. Все указанные пациентом данные в отдельном письме поступают на альтернативный телеграм-бот, доступный лечащему врачу, в формате: запись/New alert. Принята заявка. Клиент Магомедов Магомед Магомедович. Номер +79097897777. Время 10:00. Район Махачкала.

Выводы: Медицинская практика двадцать первого века может полагаться на чат-бота для привлечения потенциальных клиентов и обеспечения поддержки диспансерных пациентов, отвечая на их простые повторяющиеся вопросы, используя заранее разработанные ответы. Программа не выставляет диагноз, фактор врача- остаётся в этой программе незаменим. Таким образом, чат-боты могут быть интегрированы в клиническую практику, работая вместе с практикующими врачами для снижения затрат, повышения эффективности рабочего процесса и улучшения результатов лечения пациентов. Роль подобных программ в борьбе с пандемией, глобализации системы здравоохранения и образования еще предстоит изучить.

Дальнейшие исследования и междисциплинарное сотрудничество позволят продвинуть вышеуказанные интернет технологии в здравоохранении, повысить уровень и доступность оказания медицинской помощи, сбалансировать рабочую нагрузку клиницистов и произвести, своего рода, революцию в медицинской практике.

ТЎПИҚЛАР СИНИШИ ВА БОЛДИРЛАРАРО ДИСТАЛ СИНДЕСМОЗ БОЙЛАМИНИНГ УЗИЛИШИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ

Гафуров Ф.А., Абдуллаев С.Н., Кодиров Ф.А.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд шаҳри.

Долзарблиги. Травматолог-ортопедларнинг амалиётида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири бу ошиқ-болдир бўғимининг шикастланишдир, бу эса таянч-ҳаракат тизимидаги шикастланишларнинг 20% гача бўлган қисмини ташкил этади. Меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида ошиқ-болдир бўғимининг шикастланиш даражаси 12% дан 40% гача, дельтасимон мушак шикастланиши билан болдир суякларининг оғир синишлари ва дистал болдирлараро синдесмоз ажралиши 30% холларда қониқарсиз натижалар билан тугайди. Болдирлараро синдесмоз (БАС) ажралиши билан бирга тўпиқлари синган беморларни консерватив даволашда қониқарсиз натижалар 6,6 дан 23,4% гача бўлади. Чунки тўпиқ синиқ бўлакларини кўлда ёпиқ репозицияси ва гипс билан ташқи фиксациясидан сўнг, кўпинча БАС соҳасидаги парчалар силжиши ва болдир суяклари орасидаги диастаз қолади. Маҳаллий ва хорижий муаллифлар БАС ажралиши билан тўпиқ синишларини жарроҳлик даволашдан сўнг БАС да болдир суяклари ўртасидаги диастаз ҳолатларини 24-52% ҳолатларда бартараф этишнинг имкони бўлмайди, қузатувларнинг 2,1 дан 20% гача қайта операция зарурати пайдо бўлади. Ҳозирги вақтда дистал БАС бойламлари ажралиб кетганда ошиқ-болдир бўғими функциясини тиклаш учун ташқи фиксация мосламаларидан фаол фойдаланилмоқда, бу эса яхши натижаларга эришишга имкон беради. Шу билан бирга, суяклараро остеосинтез усули жароҳатлардан кейин ўтган вақт бўйича маълум бир чекловга эга, у 2 ойдан ошмаган жароҳатлар учун қўлланилади.

Тадқиқот мақсади. Тўпиқлар синиши ва болдирлараро дистал синдесмоз бойламининг узилишида турғун-остеосинтез натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2021 йилдан 2022 йилгача РИТОИАТМ Самарқанд филиалининг ўткир шикастланишлар оқибатлари бўлимида тўпиқлар синиши ва дистал болдирлараро синдесмоз бойлами узилиши билан 62 нафар бемор даволанган, уларда жарроҳлик муолажаси ўтказилган. Улардан 32 нафари (51,6%) эркак, 30 нафари (48,4%) аёл. 35 (56,5%) нафар беморда чап томонлама жароҳатлар ва

27 (43,5%) беморларда ўнг томонлама жароҳатлар аниқланган. Беморлар қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: клиник, рентгенологик ва УТТ.

Тўпиклар синиши ва болдирлараро синдесмозни тиклаш учун суякичи фиксатори ва пластина билан остеосинтез қулланилди. Бемор ўтказувчан "спинал" оғриқсизлантириш остида ошиқ-болдир бўғими соҳасида юмшоқ тўқималар асосини кичик болдир суягига қаратиб ёйсимон шаклида кесилади, қаватма-қават тери-тери ости, суяк усти пардаси кесилиб кичик болдир суягининг дистал қисми очилади. Олдин синдесмоз соҳасида суяк ичига ўрнатиладиган стерженга эга фиксаторни киритиш учун бурғу билан жой бурғуланади, сўнгра синдесмоз проекциясида тўпикнинг метафиз қисмига стерженнинг кесикли қисми ва ўткир бошчаси ўрнатилади, бу эса стабиллаштиришни яхшилайтиди, сўнгра кесикли қисмига втулка киритилади ва гайкалар фиксаторнинг кесикли иккинчи учига киритилган калит ёрдамида буралади ва фиксаторнинг барқарор фиксациясини ошириш учун мустаҳкамланади. Втулкадаги кесик суяк бўлақларининг силжишини олдини олади. Суякичи гайкаси учун биринчи фиксатор маҳкамланганда суяклар бир-бирига яқинлашади, болдирлараро диастаз тикланади. Кейин ташки тўпик булақларини барқарорлаштириш, силжишларни йўқотиш ва суяк бўлақларини компрессияси учун пластинка қўйилиб, маҳкамланади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Даволаш натижаларини таҳлил қилиш клиник, рентген ва УТТ усуллари ёрдамида амалга оширилди. Натижалар оғриқ синдромининг кучайишига, ошиқ-болдир бўғимдаги ҳаракатланиш амплитудасига, бўғимнинг ҳолатига ва кундалик ҳаёт фаолияти даражасига қараб баҳоланди. Ушбу ўлчов бўйича максимал балл (100) соғлом ошиқ-болдир бўғимига тўғри келади. 6-12 ойдан сўнг (>70 балл) яхши ва аъло натижалар 45 беморда олинди, бу 72,6% ни ташкил этди, қониқарли натижалар (50-69 балл) 17 (27,4%) беморда кузатилди.

Хулоса. Суякичи остеосинтези учун фиксатор ёрдамида ташки тўпик синишини ва дистал болдирлараро синдесмозни кам инвазив даволаш, ошиқ-болдир бўғими функциясини тикланишини ва беморларнинг иш жойига, шу жумладан жисмоний меҳнатга қайтиши билан шикастланган оёқнинг таянч қобилиятини тикланишини таъминлайди. Фиксатордан фойдаланиш операция давомида синдесмоз ажралишини бартараф қилиш жараёнини бошқаришга имкон беради, рецидивлар пайдо бўлишининг олдини олади ва операция қилинган оёқнинг эрта функционал тикланишини таъминлайди.

УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И ПЯТЬ ТЕЗИСОВ ОБ УПРАВЛЕНИИ
ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ

Гофурова М.И., Мамасолиева Ш.А.

Самаркандский Государственный медицинский университет.

Цель работы: «Управление персоналом» как составляющий элемент науки «менеджмент», формировалось под воздействием целого ряда наук: собственно самого менеджмента, психологии, социологии (в том числе социологии труда, производственной социологии), этики, экономики организации, управления человеческими ресурсами, трудового права, конфликтологии и др. Вместе с тем, хотелось бы произнести несколько важных мировоззренческих утверждений в этом направлении. Некоторые из них покажутся кому-то совершенно очевидными и излишними, а некоторые кому-то — отнюдь не бесспорными. В данном докладе рассматривается пять тезисов об управлении человеческими ресурсами в системе менеджмента медицинских. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1. Определить основные понятие управления персоналом. 2. Изучение отечественного и зарубежного опыта управления персоналом учреждения здравоохранения 3. Изучить пять тезисов об управлении человеческими ресурсами.

Материал и методы исследования: анализ литературных источников, анкетирование в областном медицинском объединений города Самарканда. Изучение готовности руководителей к использованию методики пять тезисов об управлении человеческими ресурсами.

Результаты исследования: Оценка степени готовности руководителей медицинских учреждений к управлению персоналом путем управления человеческими ресурсами. Эта идея подтверждается данными опроса, проведенного между руководителями отделения, в котором описываются готовность руководителей к использованию методики пять тезисов об управлении человеческими ресурсами. В результате опроса и анкетирование было выявлено следующие: 8% из них, когда их спрашивали о готовность руководителей к использованию методики пять тезисов об управлении человеческими ресурсами ответили что не знают об этой понятии, 44%-опрашиваемых ответили, что ключевым, базовым показателем эффективности управления персоналом должен быть уровень производительности труда, 23% - считают правление персоналом — равно как и маркетинг — есть задача каждого руководителя компании, а не задача одного изолированного отдела или человека, 12%-считают необходимо сфокусировать усилия по управлению персоналом не на всех сотрудниках одинаково, но на стратегических профессиях, также 8%-считают критическое влияние на эффективность сотрудников, в дополнение к их знаниям и навыкам, оказывают личные компетенции — или, если угодно, моральные добродетели — людей и только 5% - управление персоналом вовсе не есть статичная, раз и навсегда заданная норма деятельности, но фронт прохождения всех научно-технических и социальных революций.

Выводы. Процесс по управлению персонала организации здравоохранения является многосложный, всегда необходимо учитывать внутренние проблемы, обосновать выбор решений соответственно ситуации. Управление персоналом здравоохранения обычно базируется на управлении структурными и функциональными подсистемами, для функционирования элементов, как единого целого, формируются система взаимодействия — структура управления. Медицинские учреждения располагают широким спектром выполняемых функций, всё это многообразие требует детального подхода, обеспеченности персоналом, анализа специфики выполняемой деятельности. Процесс повышения производительности труда медицинских учреждений связан с вовлечением всех руководителей в управление человеческими

ресурсами и ориентацией их усилий на стратегические профессиональные группы. Все эти тренды и новые технологии можно и нужно использовать в дополнение к тем традиционным методам и процедурам подбора и отбора, найма и увольнения, оценки и вознаграждения, обучения и развития персонала, которые так или иначе практикуются в медицинских учреждениях.

МЕХАНИЧЕСКАЯ РАБОТА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Гуламов Ш.А., Кабулжонова Ш.А., С.Жакбарова
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский коллеж олимпийского резерва*

Актуальность. Известно, что механическую работу, которую способен совершить взрослый человек в течение дня, зависит от таких факторов как возраст, физическое состояние, здоровье и т.д., поэтому прогнозирования состояния человека через определения затраты энергии (мощности) является актуальной задачей в системе здравоохранения. Если учесть, что дети дошкольного возраста намного подвижны (высокая темпераментность) чем взрослые, то весьма актуальным является знание затраты энергии у детей. Например, согласно литературным данным, при кратковременных усилиях взрослый человек может развивать мощность порядка нескольких киловатт. Если спортсмен массой 70 кг подпрыгивает с места так, что его центр масс поднимается на 1 м по отношению к нормальной стойке, а фаза отталкивания длится 0,2 с, то он развивает мощность около 3,5 кВт. При ходьбе человек совершает работу, так как при этом энергия затрачивается на периодическое небольшое поднятие тела и на ускорение и замедление конечностей, главным образом ног. Взрослый человек массой 75 кг при ходьбе со скоростью 5 км/ч развивает мощность около 60 Вт. С возрастанием скорости эта мощность быстро увеличивается, достигая 200 Вт при скорости 7 км/ч. При езде на велосипеде положение центра масс человека изменяется гораздо меньше, чем при ходьбе, а ускорение ног тоже меньше. Поэтому мощность, затрачиваемая при езде на велосипеде, значительно меньше: 30 Вт при скорости 9 км/ч, 120 Вт при 18 км/ч.

Цель. Целью данной работы является изучение и определение механической работы детей дошкольного возраста при затрате ими кинетической энергии.

Методика исследования. Объектом исследования нами были выбраны дети в возрасте 4 - 5 лет в одной из детских садов г. Андижана. Количество испытуемых составило 20 детей, у которых в первую очередь были сняты ампрометрические характеристики – окружность головы, окружность грудной клетки, рост и масса тела. Окружность головы у испытуемых детей составляло от 40 до 45 см, окружность грудной клетки от 40 до 53 см, рост от 83 до 116 см и масса тел от 11 до 15 кг. Механическая работа детей определялась из расчета кинетической энергии, которая расходуется при двигательном процессе испытуемых.

Результаты исследования. В общем случае кинетическая энергия движущегося тела, например характеризуется кинетической энергией вращательного движения. Кинетическая энергия такого тела зависит от инерции момента и угловой скорости вращающегося тела. При движении человек совершает работу, которая зависит от инерции, такая инерция способствует поднятию туловища и в основном она расходуется на увеличение и уменьшение скорости движения ног человека. Так как, движения человека, зависит от частичного вращательного движения и поступательного движения ног, нами использованы расчеты с использованием кинетической энергии поступательного движения.

Исследования показали, что у мальчиков, средней возраст которых составлял 4,5 года с средней массой тела 11 кг при ходьбе со скоростью 4 км/час его мощность возрастает до 30 Вт. С возрастанием скорости движение данная мощность возрастала до 120 Вт. Точно такие же исследования и расчеты проделаны для девочек дошкольного возраста.

Выводы. 1. Изучение и определение механической работы детей дошкольного возраста может способствовать получению раннего физического состояния детей дошкольного возраста.

2. Результаты исследования могут быть полезны родителям детей, которые намерены направить своих детей в различные спортивные секции.

3. В связи с тем, что на практике механическая работа определяется с помощью метода эргометрии, предварительные данные полученные данным исследованием могут быть полезны в использовании эргометров для детей.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA (G634C) В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Дадабаев О.Т., Алейник В.А., Бобоев К.Т., Мусашихов Х.Т.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы Сахарный диабет является одним из заболеваний, темпы роста которого за последние десятилетия приобрели масштаб мировой эпидемии Синдром диабетической стопы (СДС) - частое осложнение, которое вызывается сочетанием невропатии и различных уровней поражения сосудов. Гнойно-некротическое поражение нижних конечностей при СДС занимают одно из ведущих мест среди хирургических болезней. Предыдущее исследование показали, что в развитии СДС участвуют различные факторы. Генетические факторы определяют индивидуальную реакцию на факторы риска СДС. В патогенезе СДС ведущую роль занимает нарушение функций эндотелия сосудов. Одним из факторов наступления макро- и микроангиопатий при СДС может быть дисфункция сосудистого эндотелиального фактора роста А (VEGFA), который является мощным митогеном клеток эндотелия сосудов и протеином, что обеспечивает миграцию эндотелиоцитов, их инвазию в коллагеновый гель и образования новых сосудов. VEGFA необходим не только для формирования нормальных сосудов, но и для их созревания и выживания. Показано, что длительное снижение концентрации или блокада VEGFA приводит к ухудшению выживания эндотелиальных клеток, уменьшению в тканях терминальных артериол и капилляров, повышению артериального давления. Ген VEGFA находится на коротком плече 6-й хромосомы (6p21.3) и состоит из 8 экзонов, разделенных 7 интронами. Полиморфные варианты гена VEGFA, кодирующего выработку сосудистого эндотелиального фактора роста А, участвующего в процессе ремоделирования сосудистой стенки, ассоциированы с развитием сахарного диабета, при этом данных о связи данного гена с развитием синдрома диабетической стопы нет.

Цель исследования Изучить степень распространенности аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена VEGFA (G634C) у пациентов с синдромом диабетической стопы и у пациентов в контрольной группе.

Материал и методы исследования Диагноз СДС устанавливался на основании результатов лабораторно-инструментальных (УЗДГ) и молекулярно-генетических исследований. Обследованы 96 больных в возрасте от 39 до 76 лет с сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы. Больные находились на стационарном лечении в клинике Андижанского медицинского института. Контрольную группу составили 83 здоровых лиц.

Определение аллельных и генотипических вариантов полиморфизма гена VEGFA

(G634C) проводили в отделе молекулярной медицины и клеточных технологии на базе Республиканского научно-практического медицинского центра гематологии МЗ РУз. Основным методом молекулярно – генетического исследования был ПЦР-анализ. Выделение геномной ДНК проводили из лимфоцитов периферической крови пациентов с помощью набора для выделения AmpliPrime RIBO-prep (ООО «Интерлабсервис», Россия). Исследование проводилось методом количественного ПЦР-анализа в реальном времени (Real-Time PCR). Амплификацию проводили с использованием термоциклера для ПЦР-анализа в реальном времени - Rotor Gene Q, (Quagen, Германия). Для определения генетических маркеров использовали тест-системы компании «Синтол» (Россия) согласно инструкции производителя. Для сравнения распределения генотипов в экспериментальной и контрольной группах а также соответствия этого распределения равновесию Харди-Вайнберга применяли χ^2 - критерий Пирсона. Для установления риска развития СДС рассчитывали отношение шансов (OR) и 95% доверительный интервал (CI). Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет приложений «OpenEpi, 2009, ВЕРСИЯ 9.3.

Результаты исследования. Нами установлено, по результатам проведенных лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований, отсутствие половых различий. Частоты аллелей rs2010963G и rs2010963C в основной группе больных и группе контроля составили 75,5 % и 24,5 % и 89,1 % и 10,1 %, соответственно. При этом распределение аллелей в обследованных группах значительно отличалось, т.е. неблагоприятный аллель С был достоверно выше среди основной группы больных ($\chi^2=11,1$; $P=0,01$; $OR=2,7$; 95 % CI: 1,5 - 4,74) и в подгруппе больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС ($\chi^2=10,6$; $P=0,01$; $OR=2,8$; 95 % CI: 1,51 - 5,21). Для аллеля С было показано наличие прямой, статистически значимой связи с заболеванием, $RR=1,2$ (95% CI: 0,53 - 2,63). В основной группе по сравнению с популяционной выборкой показано статистически значимое уменьшение частоты аллеля G, т.е. данный аллель оказывает протективный эффект $\chi^2=9,11$; $p=0,01$; $RR=0,8$; 95% CI: 0,58 - 1,23). Гомозиготный G/G генотип имел защитный эффект по отношению к заболеванию, т.к., шанс выявить данный генотип статистически значимо ниже в выборке больных по сравнению с условно-здоровыми лицами ($OR=0,3$; 95% CI: 0,18 - 0,68; $\chi^2=9,5$; $p=0,01$).

Встречаемость гетерозиготного генотипа G /C среди больных в основной группе почти в 2 раза превышает его значения в контрольной группе ($OR=2,4$; 95% CI: 1,16 - 4,76; $\chi^2=5,6$; $p=0,025$), гомозиготного генотипа C /C – более чем в 2,7 раза ($OR=3,7$; 95% CI: 0,83 - 16,25; $\chi^2=3,0$; $p=0,01$)

Заключение. Полиморфизм G634C в гене VEGFA (rs2010963), участвует в формировании и развитие синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом. Наличие аллеля С и генотипов G /C и C/C полиморфизма G634C в гене VEGFA достоверно повышает, а носительство аллеля G и генотипа G/G понижает риск развития синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕНЗИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ СВИНЕЙ

¹Зайцев С. Ю.,²Мамарахмонов М.Х.

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр животноводства – ВИЖ имени академика Л.К. Эрнста». Россия, Московская область, г.о. Подольск, поселок Дубровицы, дом 60.

²Андижанский государственный университет

Растущий мировой спрос на высококачественную продукцию животноводства стимулирует разработку новых и усовершенствование имеющихся физико-химических методов анализа крови животных для более детальных подходов к оценке их физиолого-биохимического статуса. Целью работы явилась разработка методики и определение тензиометрические показатели сыворотки крови свиней, которые проводилась нами на тензиометре ВРА-1Р (фирмы «SINTERFACE», ФРГ). Тензиометр ВРА-1Р - это современный прибор для измерения поверхностного натяжения (ПН) образцов биологических жидкостей методом «максимального давления в пузырьке», созданный в результате совершенствованию этого метода для измерения поверхностного натяжения на границе раздела фаз жидкость/газ. Метод основан на измерении максимального давления, которое необходимо приложить для отрыва пузырька от кончика капилляра, опущенного в измеряемую жидкость. В работе прибора мы учитывали такие характеристики, как время «жизни» поверхности, гидростатическое давление, вязкость жидкости, используется оптимизированная аэродинамическая система. Тензиометр ВРА-1Р измеряет динамическое поверхностное натяжение при коротких временах «жизни» (т.е. «существования») поверхности – от 0,01 до 100 секунд. Воздух от компрессора поступает в капилляр, который опущен в исследуемую жидкость. С помощью электрического преобразователя определяется избыточное давление в системе, которое используется для расчёта поверхностного натяжения. Давление, необходимое для отрыва пузырька воздуха от капиллярного кончика, опущенного на границу жидкость-воздух, прямо пропорционально поверхностному натяжению (σ) на этой границе. Полученные данные обрабатываются в специальной компьютерной программе ADSA и заносятся в таблицы, которая затем мы обрабатывали стандартными статистическими методами. Способ измерения динамического поверхностного натяжения с ВРА-1Р в дополнение к измерению и вычислению динамического поверхностного натяжения включает автоматическое испытание условий измерения, проведение коррекции аэродинамического и вязкого сопротивления.

ВРА-1Р позволяет проводить эксперименты по одному из четырех режимов:

1. Стандартный эксперимент (M1).

Эксперимент в режиме M1 позволил нам использовать стандартные возможности ВРА-1Р и получать данные ПН в максимально большом диапазоне времени «жизни» поверхности (до 100 секунд). Стандартный эксперимент начинается с измерения динамического поверхностного натяжения при минимальном времени «жизни», равном 10 мс. Скорость потока изменяется небольшими шагами и необходимыми циклами ожидания установленного режима. Каждая точка рассматривается как отдельный эксперимент в стандартном режиме ее измерение продолжается от 20 до 30 мин.

2. Эксперимент с предварительно установленным (постоянным) временем «жизни» поверхности раздела фаз (M2).

Эксперимент с постоянным временем «жизни» поверхности раздела фаз (Режим M2) представляет собой процедуру измерения динамического поверхностного натяжения для времени «жизни» пузырьков, установленного нами заранее, когда пневматическая система устройства удерживает скорость воздушного потока через капилляр постоянной во время всего цикла эксперимента. Режим M2 предназначен для использования для непрерывных измерений в технологических процессах, а также в задачах управления процессом. Режим M2 учитывает динамическую составляющую сопротивления и вязкости. (последняя устанавливается пользователем).

3. Эксперимент с увеличением расхода газа (M3).

При измерении образцов крови свиней, как и при измерении некоторых других растворов (содержащих ПАВ) происходит обильное пенообразование (непосредственно в процессе измерения). Этот эффект существенно искажает полученные данные (т.к. приводит к снижению концентрации поверхностно-активного вещества в образце) или

в процессе измерения сосуд с раствором может переполняться пеной, при избыточно большом количестве которой сам процесс останавливается прибором. Для уменьшения образования пены во время эксперимента по измерению образцов крови свиной нами использовался режим М3, в котором можно проводить эксперимент в обратной последовательности (т.е. таким образом, чтобы расход газа достигал максимальных значений только на заключительной стадии измерений). В отличие от стандартного режима М1, измерение в этом режиме (режим М3) начинается с максимального времени «жизни» поверхности раздела фаз. Максимальное время «жизни» поверхности раздела фаз, измеренное в этом эксперименте, составляет около 5 секунд. Остальные настройки (например, коррекция аэродинамического сопротивления или вязкости) полностью аналогичны таковым (коррекциям) в стандартном эксперименте (режим М1).

4. Ускоренный эксперимент (М4)

По своим параметрам (настройкам, коррекциям) ускоренный эксперимент в режиме М4 полностью соответствует стандартному (режим М1). При установке предела наибольшего срока «продува» в 10 секунд, в режиме М1 позволено использовать более быстрое изменение расхода воздуха через измерительный капилляр. По результатам испытаний всех возможных режимов (М1-М4) нами был выбран режим М4 как оптимальный для измерений сыворотки крови свиной как по скорости, так и по точности измерений. Существенными преимуществами разработанной нами методики измерений сыворотки крови свиной на ВРА-1Р явились как возможность проведения экспериментов для жидкостей с неизвестной вязкостью (таких как сыворотки крови свиной), возможность подбора подходящего диаметра капилляра, корректировка значений динамического поверхностного натяжения с учетом вязкого воздействия, простота вычислений как в период проведения эксперимента, так и на последней стадии эксперимента.

Измерено 12 образцов сыворотки крови свиной. Среднее (для всех исследуемых образцов) значение $\text{ПН}_{0,1}=67,88$ мН/м, $\text{ПН}_{0,5}=64,65$ мН/м, $\text{ПН}_1=62,79$ мН/м, $\text{ПН}_3=59,04$ мН/м, $\text{ПН}_5=57,27$ мН/м. Медиана для $\text{ПН}_{0,1}=67,75$ мН/м, $\text{ПН}_{0,5}=64,87$ мН/м, $\text{ПН}_1=63,60$ мН/м, $\text{ПН}_3=59,88$ мН/м, $\text{ПН}_5=57,86$ мН/м. Станд. откл. составили: для $\text{ПН}_{0,1}=3,03$, $\text{ПН}_{0,5}=3,90$, $\text{ПН}_1=3,89$, $\text{ПН}_3=3,11$, $\text{ПН}_5=2,94$. Важно, что такие результаты по данной выборке образцов сыворотки крови свиной служат основой для дальнейших корреляций с данными биохимического анализа.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №20-16-00032). Автор благодарит членов научного коллектива проекта Белопухова С.Л. и Воронину О.А. за помощь.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИНЦИПАМ СОБЛЮДЕНИЯ МЕР ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

*Ибрагимов У.С., Ибрагимова Ф.С. Махманазаров Г.А.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет*

Цель работы: Изучить приверженность студентов медико принципам инфекционной безопасности в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен опрос 60 студентов в возрасте от 17 до 22 лет по специальной разработанной анкете, которая позволила провести оценку соблюдения основных принципов инфекционной безопасности в период пандемии.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было выявлено, что большинство студентов (86,7%) считают необходимым соблюдать

принципы эпидемиологической безопасности с целью снижения риска инфицирования. В отношении использования средств индивидуальной защиты (масок) 65% опрошенных, считают необходимым их применение и вне пределов вуза, при этом 60% респондентов отдают предпочтение использованию одноразовых медицинских изделий. После контакта с условно загрязненными поверхностями 82% студентов обязательно проводят гигиеническую обработку рук, применяя антисептические средства. В отношении соблюдения социальной дистанции лишь 23% респондентов считают это обязательной мерой; при этом большинство опрошенных (77%) высказали мнение, что использование защитных масок минимизирует эпидемиологический риск.

Выводы. Несмотря на то, что проведенное исследование продемонстрировало высокую приверженность студентов-медиков в отношении соблюдения почти всех мер инфекционной безопасности в период неблагоприятной эпидемиологической ситуации, имеется некоторое непонимание значимости социальной дистанции при контактах. В связи с этим возникает необходимость в проведении дополнительных мероприятий в студенческой среде по повышению грамотности в отношении собственной эпидемиологической безопасности.

***GNAEPHALIUM* (СУШЕННИЦА) ЭКСТРАКТИНИ КАЛАМУШ АОРТА ПРЕПАРАТИ ҚИСКАРИШИГА РЕЛАКСАНТ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ**

***Иномжонов Д.Р., Омонтурдиев С.З., Абдуллаев А.А., Гайибов У.Г., Арипов Т.Ф.
ЎзРФА биоорганик кимё институти
Наманган Давлат университети***

Долзарблиги. Сурункали қон босимининг ошиши одатда миокард инфаркти ёки қон томирларнинг ўлимга олиб келадиган жиддий касалликларни юзага келтириши билан ажралиб туради. Ушбу омилларни юзага келишини ва қон босимини тартибга солишда иштарокини ўрганиш, замонавий фармацевтика ва тиббиётнинг долзарб муоммаларидан биридир. Артериал қон босими қон томирлар тонуси, қон томир деворларидаги силлиқ мускул хужайралари (СМХ) қискариш фаоллиги билан белгиланади. Ca^{2+} ионларининг нисбий баланси орқали қон босимини тартибга солишда L типдаги Ca^{2+} каналлари ва Ca^{2+} махсус механизмларининг роли жуда муҳим ҳисобланади. Бунда Ca^{2+}_{in} ва L типдаги Ca^{2+} каналлар микросеркулляцияда, миоген реактивлик ва тонусда муҳим рол ўйнайди.

Тадқиқотнинг мақсади. Юқорида келтирилган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, ушбу тадқиқот ишининг мақсади маҳаллий *gnaphalium* (сушенница) экстрактини каламуш аорта препарати L-тип Ca^{2+} -каналларига таъсир механизмини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот усуллари ва материаллари. Тажрибалар изометрик шароитда, оқ каламушлар (200–250 гр.) аорта қон-томир препаратидан олиб борилди Тажрибаларда (мМ): NaCl – 120,4; KCl – 5; NaHCO₃ – 15,5; NaH₂PO₄ – 1,2; MgCl₂ – 1,2; CaCl₂ – 2,5; C₆H₁₂O₆ – 11,5 (pH=7,4) (Россия) реактивларидан фойдаланилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Адабиётлардан маълумки, KCl (50 мМ) ёрдамида чақирилган аорта препаратининг қискариш фаоллиги силлиқ мускул хужайраларида жойлашган потенциалга боғлиқ L типдаги Ca^{2+} -каналлари фаоллашиши билан юзага келади. Ушбу ҳолатда мембранада K⁺ ионлари ортиши сабабли мембрана потенциалининг қиймати ўзгариши сабабли, хужайра мембранасининг деполяризацияси юзага келади ҳамда потенциалга боғлиқ L тип Ca^{2+} -каналлари фаоллашади. Тажрибаларда KCl (50 мМ) билан чақирилган каламуш аорта препаратининг қискариш фаоллигига *gnaphalium* (сушенница) экстрактини таъсири ўрганилганда, ушбу экстракт дозага боғлиқ кучли релаксант таъсирга эга эканлигини кузатдик. Жумладан, 5 мкг/мл концентрацияда аорта препарати қискариш фаоллигини

назоратга нисбатан $9,2 \pm 3,8\%$ га сусайтириши аниқланди, 60 мкг/мл концентрацияда эса бу қиймат $92,6 \pm 3,8\%$ ни ташкил қилиши қайд қилинди.

Хулоса Олинган тажриба натижалари асосида текширилган экстрактнинг релаксат таъсири силлиқ мускул хужайралари мембранасида жойлашган потенциалга боғлиқ L-тип Ca^{2+} -каналларини блокларниши натижасида Ca^{2+} ионлари кириши сусайиши билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини тахмин қилиш мумкин.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ АНДИЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Исақов.Қ.К.

Андижанский государственный медицинский институт.

Изучение состояния здоровья и физического развития является важным разделом обучения и воспитания студентов института, это продиктовано необходимостью разработки соответствующих мероприятий по социальному планированию, дифференцированному медицинскому наблюдению и обслуживанию их в системе комплексных социально – гигиенических исследований основных групп населения Республики. Студенчество – это самостоятельная социальная группа, характеризующаяся специфическими условиями жизни, определенными производственными и моральными нормативами.

В настоящем сообщении представлены результаты анализа вопроса о состоянии здоровья, физического развития, физической подготовленности и изменении некоторых физиологических функций 266 студентов 17 – 26 лет за 2020 – 2021 гг. обучения в институте. При этом все студенты были распределены на постоянно занимающихся спортом и по специальной медицинской группе. Комплексная оценка состояния здоровья студентов осуществлялась по методике, предложенной институтом гигиены детей и подростков, а условия жизни их изучались с помощью специально разработанной социологической анкеты. Физическое развитие изучалось по антропометрическим показателям (рост, масса, окружность и экскурсия грудной клетки). Параллельно изучались и некоторые физиологические показатели (ЖЕЛ, станова́я сила, динамометрия кистевая, АД, пульс, температура и влажность кож по 10 точкам тела. характер кожно – сосудистых реакций на локальный стандартный холодовой раздражитель до и после физической нагрузки).

Сравнительными исследованиями установлено значительное преимущество показателей студентов, регулярно занимающихся спортом на протяжении всего времени обучения в ВУЗе перед другими контингентами студентов. Так, среди студентов, регулярно занимающихся спортом, частота острых респираторных и других простудных заболеваний меньше, чем у той группы, которые занимаются только по программе, что является подтверждением закаляющего воздействия занятий спортом на организм студентов.

На основании исследований можно отметить, что в процессе двухгодичных академических занятий по физическому воспитанию у студентов основной медицинской группы отмечается повышение адаптационных возможностей организма к физическим нагрузкам, что подтверждается более адекватными изменениями функциональных показателей, ускоренным восстановлением изучаемых параметров после функциональных нагрузок.

Следует отметить более ускоренное восстановление вышеуказанных физиологических показателей после функциональных нагрузок, что имело место у студентов в возрастной группе 20 – 25 лет, что, по - видиму, связано с более высокой спортивной квалификацией лиц этого возраста.

Полученные данные позволяют считать необходимым постоянное проведение врачебного контроля за состоянием здоровья, физического развития и работоспособности студентов и динамикой физиологических показателей их, в целях своевременного осуществления лечебно – оздоровительных мероприятий.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ АУТОМИКРОФЛОРЫ КОЖИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

*Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Хакимова И.Т.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Организм человека колонизирован различными микробами, причем в каждой из его биотопов в норме количество микроорганизмов и их видовой состав характеризуется определенным постоянством и нормальная микрофлора организма является единой системой, занимающей важное место в поддержании гомеостаза организма. В последние годы большой интерес представляют данные о том, что достаточно адекватным показателем состояния микробиоценоза биотипов организма служит оценка нормальной микрофлоры (аутомикрофлоры) кожи.

Целью нашего исследования является изучение и клинико-микробиологическая оценка аутомикрофлоры кожи у женщин фертильного возраста с неосложненными инфекциями мочевыводящих путей в сравнительном аспекте.

Для выполнения поставленной цели была изучена аутомикрофлора кожи у женщин фертильного возраста (18-49 лет).

Для изучения кожной микрофлоры использовали метод агаровых отпечатков по Клемпарской Н.Н. и Алексеевой О.Г. с использованием бакпечаток –стерильных пластиковых микрочашек площадью 7 см² с мясопептонным агаром с добавлением индикатора бромтимолового синего. Исследование микрофлоры проводилось в первой половине дня, перед постановкой пробы кожу не мыли и не протирали. Пробы брали с кожи верхней трети внутренней поверхности правого и левого предплечья на две разные бакпечатки. Инкубация бакпечаток проводилась при 37⁰С в течение 28-48 часов, учет результатов определения количества микроорганизмов аутомикрофлоры кожи проводился путем подсчета общего числа выросших колоний. Затем вычисляли среднее значение числа колоний, полученных с правой и левой руки одной женщины. Оценку проводили по следующей шкале: нормальный уровень –до 20 колониобразующих единиц (КОЕ), повышенный уровень –от 20 до 100 КОЕ, высокий уровень –более 100 КОЕ (сплошной рост) на бакпечатку.

Полученные результаты показали, что по состоянию микрофлоры кожи у больных имеются достоверные отличия.

На основании проведенных исследований, выявлено, что из отпечатков кожи больных женщин в основном высеивались *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp* *Corynebacterium spp*. Монокультуры микроорганизмов высеивались чаще, чем их ассоциация.

Установлено, что у здоровых женщин при изучении аутомикрофлоры кожи преобладал нормальный уровень количественного содержания выросших микроорганизмов по сравнению с повышенным и высоким уровнями.

ХИМИЧЕСКИЙ ФАКТОР КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В ПРОИЗВОДСТВЕ ЛАКОКРАСОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

*Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р., Кличев Ф.С.
Ташкентская медицинская академия*

Известно, что производственный процесс в химической промышленности, отраслью которой является лакокрасочное производство, связан с воздействием на работников различных химических веществ, поступающих в воздух рабочей зоны. Вид и характер воздействия данных веществ зависит от типа производства, технологического процесса и системы производственной вентиляции. В цехе по производству эмали в воздухе рабочих зон работников, осуществляющих профессиональную деятельность, присутствуют пары ароматических углеводородов и углеводородов нефти: ксилола, уайт-спирита, нефраса. Проведённые исследования показали, что на рабочих местах представителей разных профессий в цехе по производству эмали вид химических веществ и концентрация химических веществ в воздухе рабочей зоны неоднородны. На рабочем месте приёмщиков сырья и отпуска готовой продукции основным воздействующим химическим фактором является ксилол, концентрация которого в воздухе рабочей зоны составляет 49 мг/л при предельно допустимой концентрации 50 мг/л. Аппаратчики подготовки сырья, работающие на том участке технологического процесса, что и приёмщики сырья, подвергаются 80% рабочего времени воздействию нефраса, концентрация которого составляет 88 мг/л при ПДК равном 100 мг/л. Это связано с тем, что в процессе производственного цикла аппаратчики подготовки сырья большую часть времени обслуживают цеховые баки-хранилища для жидких компонентов производства эмали. Аппаратчики диспергирования на диссольверах в ходе производственного процесса подвергаются воздействию ксилола, концентрация которого в воздухе рабочей зоны составляет 50 мг/л при предельно допустимой концентрации 50 мг/л. Концентрация практически соответствует ПДК, так как в процессе изготовления первичного жидкого замеса возникает необходимость добавления в диссольвер различных твёрдых и жидких компонентов в процессе перемешивания при открытой крышке диссольвера, что приводит к попаданию ксилола в воздух рабочей зоны. Аппаратчики диспергирования на бисерных мельницах в ходе производственного процесса подвергаются воздействию ксилола, концентрация которого в воздухе рабочей зоны составляет 49 мг/л при предельно допустимой концентрации 50 мг/л, т.е. концентрация практически соответствует ПДК. При процессе «постановки эмали на тип» на рабочих местах колористов отмечается воздействие нефраса, концентрация которого составляет 90,7 мг/л при ПДК равном 100 мг/л, что не превышает ПДК. На рабочих местах сливщиков-разливщиков готовой эмали отмечается воздействие ксилола, как основного действующего фактора на данном этапе производственного процесса. Концентрация ксилола в воздухе рабочей зоны составляет 49,8 мг/л при ПДК равном 50 мг/л. Это связано с прямым контактом сливщиков-разливщиков с готовой эмалью, в процессе заполнения транспортных ёмкостей. Начальник цеха, заместитель начальника цеха по технологии эмалей и начальники смены в процессе производства свободно перемещаются по цеху, контролируя производственный цикл. Представители данных профессий подвергаются совокупному действию химических веществ, преобладающим из которых является нефрас (усреднённая концентрация, действующая на представителей данных профессий составляет 89,5 мг/л).

Таким образом, лакокрасочное производство как отрасль химической промышленности требует наличия хорошо функционирующей эффективной системы вентиляции. В цехе по производству эмали вентиляция представлена общей приточно-вытяжной системой с механическим побуждением. Приток чистого воздуха и

вытягивание воздуха с парами химических веществ осуществляются вентиляторами, соединёнными с системой воздуховодов. Состав и концентрация химических веществ в воздухе рабочей зоны не зависит от периода года и меняется незначительно. Для улучшения воздуха рабочей зоны необходим своевременный осмотр вентиляционных трубопроводов, определение скорости вытяжки и соответствие её производительности согласно запроектированной мощности.

ПАРАМЕТРЫ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

*Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р.
Ташкентская медицинская академия*

В настоящее время внесены изменения и дополнения в ряд законов с целью совершенствования нормативно-правовой базы системы здравоохранения Республики Узбекистан. Гигиенические требования к планировке и строительству лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) заключаются в выборе, планировке и застройке больничных участков. Важное значение имеет внутренняя планировка и санитарно-технические оборудования ЛПУ.

Известно, что лечебно-профилактическое учреждение представляет собой комплекс, состоящий из различных отделений, выполняющих лечебные, профилактические, учебные научные функции и многочисленных объектов административного и служебно-хозяйственного назначения. Различают 3 вида ЛПУ: централизованные, децентрализованные и смешанные. В основу рационального планирования больницы в целом и отдельных ее корпусов необходимо требование графика движения больных, персонала и готовой пищи, с целью предупреждения внутрибольничных инфекций.

Целью исследования явилось изучить параметров воздушной среды лечебно-профилактических учреждений различного профиля - палат хирургического отделения и смотровых комнат консультативной поликлиники. Научные исследования проведены в клинике Ташкентской медицинской академии, которая состоит из лечебных корпусов, включающих оперативные блоки и административные корпуса с отделением централизованной стерилизации. Корпуса соединены между собой переходами для удобства сотрудников и пациентов. Организация рационального воздухообмена основных помещений палатного отделения должна соответствовать санитарным правилам и нормам.

Воздухообмен в палатах и отделениях должен исключать переток воздуха между: палатными отделениями, палатами и смежными этажами. Для создания изолированного воздушного режима палат их следует проектировать со шлюзом, имеющим сообщение с санитарным узлом, с преобладанием вытяжки в последнем. В коридорах палатных отделений необходимо устройство приточной вентиляции с кратностью воздухообмена 0,5 от объема коридора. Рекомендовано при входе в отделение оборудовать шлюз с устройством в нем вытяжной вентиляции с самостоятельным каналом (от каждого шлюза). Для исключения возможности поступления воздушных масс из лестнично-лифтовых узлов в палатные отделения, целесообразно устройство между ними нейтральной зоны с обеспечением в ней подпора воздуха. Лестничные клетки, шахты лифтов, стволы подъемников, централизованные бельевые грязного белья должны быть оборудованы автономной приточно-вытяжной вентиляцией с преобладанием вытяжки. Архитектурно-планировочные решения и системы воздухообмена стационара должны исключать перенос инфекций из палатных и других помещений в операционный блок и другие помещения, требующие особой чистоты воздуха. Воздушные массы должны поступать

из операционных в прилегающие к ним помещения - предоперационные и др.), а из этих помещений в коридор. В коридорах необходимо устройство вытяжной вентиляции. Количество удаляемого воздуха из нижней зоны операционных должно составлять 60%, из верхней зоны - 40%. Подача свежего воздуха осуществляется через верхнюю зону. При этом приток должен не менее чем на 20% преобладать над вытяжкой. Необходимо предусматривать обособленные (изолированные) системы вентиляции для чистых и гнойных операционных, для родильных блоков, реанимационных отделений, перевязочных, отделений палатных секций, рентген кабинетов и других специальных кабинетов. Контроль за температурой, влажностью и загрязненностью химическими веществами воздушной среды, проверка производительности вентиляционных систем и кратности воздухообмена осуществляется: в основных функциональных помещениях операционных, послеоперационных, родовых палатах, палатах интенсивной терапии, физиотерапевтических отделениях, помещениях для хранения сильнодействующих и ядовитых веществ, аптечных складах, помещениях для приготовления лекарственных средств, лабораториях, отделениях терапевтической стоматологии, специальных помещениях и кабинетах, с использованием химических и других веществ и соединений, могущих оказать вредное воздействие на здоровье людей 1 раз в 3 месяца. Температура воздуха по существу важнейший фактор микроклимата, который определяет тепловое состояние организма. Рекомендуемая оптимальная температура воздуха зависит от сезона года.

Было определено, что температура воздуха в палатах хирургических отделений в холодный период года составляла 22-23⁰С, что соответствовала нижним параметрам допустимых величин. В летний период года температура воздуха была значительно выше допустимых величин 25-28⁰С. Другие показатели воздушной среды, такие как относительная влажность и скорость движения воздуха полностью отвечали нормируемым величинам.

Установлено, что содержание лекарственных веществ в процедурных и перевязочных помещениях ЛПУ не превышал ПДК. Согласно имеющихся лабораторных исследований было выявлено, что уровни бактериальной обсемененности воздушной среды помещений, в зависимости от их функционального назначения и класса чистоты, также не превышали допустимых величин.

Таким образом, изучение параметров воздушной среды лечебно-профилактических учреждений различного профиля на примере 2-клиники ТМА показало несоответствие по показателю температуры воздуха в летний сезон года, другие все показатели соответствовали нормируемым величинам.

ОВИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОИЗВОДНЫХ ОКСАДИАЗОЛА

Исламова Ж.И.¹, Исмаилова Д.С.¹, Ахмедова Г.Х.², Элмурадов Б.Ж.¹

*¹Институт химии растительных веществ им. акад. С.Ю. Юнусова АН РУз,
г.Ташкент*

*²Республиканский научно-практический медицинский центр эпидемиологии,
микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, г.Ташкент*

Актуальность. Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний продолжает оставаться одной из самых важных и социально значимых задач мирового здравоохранения. Среди всего многообразия паразитарных инвазий наибольший процент занимают кишечные паразитозы, которые вызывают значительные нарушения в всем организме. Гименолепидоз (возбудитель *Hymenolepis nana*) занимает первое место среди всех кишечных паразитозов детского населения в мире, благодаря особенностям механизма передачи яиц карликового цепня (ведущая роль рук как

важнейшего промежуточного и конечного фактора), что делает его трудно контролируемым заболеванием. В связи с этим мероприятия по снижению риска заражения населения гименолепидозом не теряют своей актуальности.

Цель: провести изучение овицидной активности в отношении яиц гельминта *Hymenolepis nana* (карликовый цепень) 7 химических веществ производных оксадиазола, полученных синтетическим путем в отделе органического синтеза ИХРВ АН РУз в опытах *in vitro*. Определить степень воздействия изучаемых веществ на жизнеспособность и инвазивную способность яиц гельминта *Hymenolepis nana*, установить эффективную концентрацию изучаемых веществ, определить время экспозиции.

Материал и методы исследования. Исследование овицидной активности исследуемых веществ проводилось согласно методическим рекомендациям "Методы санитарно-паразитологических исследований. МУК4.2.796-99» (1999). Взвесь яиц гельминтов помещали в чашки Петри (по 600 - 800 в каждой). Вещества предварительно растворяли в ДМСО. Начинали испытание вещества при 3%-ном разведении и экспозиции 30 мин. После этого яйца гельминтов отмывали водой вручную не менее 5 раз. В контроле яйца гельминтов находились в дехлорированной воде. При выявлении эффективных овицидов исследования с ними повторялись, но уже в меньших концентрациях. Испытуемые соединения оценивали по степени их овицидного действия - обладающие сильными, выраженными и слабыми овицидными свойствами, т.е. с высокой (вызывают гибель всех яиц гельминтов), средней (убивающие свыше 50% яиц) и слабой (вызывающие гибель менее 50% яиц гельминтов) эффективностью. Критерий экспозиции предусматривался в пределах 30 минут. Определение овицидной эффективности средств проводили согласно формуле расчета по Симонову А.П.:

$$ОЭ = 100 - \frac{a1 \times c1}{a2 \times c2} \times 100 - \frac{P1 - P2}{n}$$

где: ОЭ - овицидная эффективность препарата (%); a1 - количество живых яиц гельминтов в опыте; a2 - в контроле; c1 - количество яиц, взятых для определения их жизнеспособности, в опыте; c2 - в контроле; P1 - процент погибших яиц в опыте; P2 - процент живых яиц в опыте; n - количество яиц, взятых для определения их жизнеспособности в опыте.

Результаты. Согласно полученным данным из исследованных соединений наиболее активно оказывал овицидное действие в отношении яиц карликового цепня 2-бензилтио-5(п-хлорацетиламинофенил)-1,3,4-оксадиазол в 3% концентрации в растворе - эффективность составила 75,8%, в более слабых концентрациях (2 и 1%) овицидная активность значительно уменьшалась. Остальные 6 изученных веществ производных оксадиазола показали эффективность в пределах 40,0-49,6%.

Заключение. Таким образом, 2-бензилтио-5(п-хлорацетиламинофенил)-1,3,4-оксадиазол можно отнести к веществам со средней овицидной эффективностью, а дальнейший поиск овицидов в ряду производных оксадиазола можно считать вполне целесообразным.

ИЗУЧЕНИИ БИОЛОГИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СВОЙСТВА *VIEBERSTEINIA MULTIFIDA* DC.

Исламова З.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет.

Цель работы. Лекарственные растения известны как богатый источник натуральных продуктов. Благодаря своей разнообразной химической структуре и

замечательной фармакологической активности считаются важным репертуаром для открытия и разработки лекарств.

Материал и методы исследования: В составе флоры Узбекистана имеется более 4000 тысяч цветочных растений, из них 650 видов широко используется в виде лечебных растений в научно-прикладной медицине и народном врачевании. Среди них растения принадлежащие различным видам (*Ferula foetida*, *Ziziphora pedicellata* Pazij & Vved, *Allium file* Regel, *Ferula sumbul* (Kauffm.) Hook. f., *Helichrysum maracandicum* Popov, *Glycyrrhiza glabra* L. И другие), сбор биомассы которых осуществляются внеплано и в больших количествах с целью приготовления различных лекарственных средств. К этой категории относится также лекарственное растение многораздельный биберштейния (*Biebersteinia multifida* DC.). В результате беспорядочного сбора этих растений их природные запасы убавляются, даже некоторые из них занимают свои места в списках “Красной книги”. С этих позиций изучение биологии, экологии и географического распространения, а также культивирования и изучение ещё неизвестных лекарственных свойств биберштейния многонадрезная (*Biebersteinia multifida* DC.) является весьма актуальной проблемой сегодняшнего дня. Виды растений *Biebersteinia* относятся к семейству *Biebersteiniaceae* и используются в народной медицине в Китае и Иране на протяжении веков. Однако химические свойства, биоактивность и способы действия НПВ, продуцируемых лекарственными видами *Biebersteinia*, плохо изучены, несмотря на то, что известно всего четыре вида *Biebersteinia* виды по всему миру.

Результаты исследования: Биберштейния (лат. *Biebersteinia*) — род цветковых растений порядка сапиндоцветные. Ранее помещался в семейство Гераниевые (*Geraniaceae*), но в результате филогенетических исследований был выделен в монотипное семейство Биберштейниевые.

Род назван в честь Фёдора Кондратьевича Биберштейна (нем. Friedrich August Freiherr Marschall von Bieberstein, 1768—1826) — российско-немецкого ботаника и зоолога; путешественник, исследователь флоры Крыма и Кавказа; основоположника шелководства в России.

Виды рода — многолетние травянистые растения, произрастающие на Кавказе, в Сибири, в Восточной Азии. Имеют корневища или клубни.

Корень *Biebersteinia multifida* DC местного растения Ирана, использовался местно для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата в качестве народной медицины. Противовоспалительные и анальгетические эффекты экстракта корня изучали с помощью каррагинан-индуцированного отека и формалиновых тестов.

Выводы:

1. произведены фенологические и таксономические анализы (*Biebersteinia multifida* DC.);
2. анализ групп биберштейния многонадрезная (*Biebersteinia multifida* DC.) выделенных на основе учета отношения к влажности среды, занимаемого места в растительном покрове местности и фитоценологии.

КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ С УРОВНЕМ КОРТИЗОЛА В КРОВИ

*Клычева Р. И., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Цель исследования. Эпилепсия остается одним из тяжелых заболеваний нервной системы. Увеличение числа молодых людей в общей популяции и трудности в связи с когнитивными нарушениями у них становится глобальной проблемой всего человечества, а именно медико-социальных служб. Именно состояние высших

психических функций в конечном итоге определяет качество жизни больных эпилепсией и является критерием эффективности терапии. Целью данного исследования явилось оценить уровень гормона кортизола в крови и развитие когнитивных нарушений при различных формах эпилепсии.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование было проведено в отделениях 1, 2, 3 неврологии клиники Андиганского Государственного медицинского института. Было обследовано 32 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу входили 12 пациентов с генерализованной формой эпилепсии; вторую группу составили 10 пациентов с фокальной формой эпилепсии; третью группу в качестве контроля составили 10 пациентов без эпилепсии и когнитивных нарушений. Пациентам из всех групп был проведён клинико-неврологический осмотр, оценка когнитивных функций по следующим шкалам: шкала MMSE, тест FAB и MoCA – тест. Всем пациентам было проведено исследование крови на уровень гормона кортизола.

Результаты и обсуждение.

Исследование показало, что в первой группе средний балл по шкале MMSE составил - 15,9 баллов, данные по тестам FAB - 7,9 балла, средний балл по MoCA-тест – 11,6 балла.

Во второй группе данные исследований по шкале MMSE показали в среднем – 25,1 баллов, данные по тестам FAB- 13 баллов, средний балл по MoCA-тест – 17,25 балла.

В третьей группе контроля средний балл по всем шкалам показал отсутствие когнитивных нарушений. В частности: по шкале MMSE средний балл составил - 29 баллов, по шкале FAB - 17,1 балла, средний балл по MoCA-тест – 26,6 балла, Кортизол – он же гидрокортизон, или 17-оксикортикостерон, или соединение F — гормон, производимый корой надпочечников. Эти парные эндокринные железы, прилегающие к почкам и проецирующиеся на уровне шестого–седьмого грудного позвонка, вырабатывают кортизол при содействии адренкортикотропного гормона. Утренняя норма кортизола в пределах 101,2–535,7 нмоль/л, вечерняя — 79,0–477,8 нмоль/л. От пола и возраста уровень кортизола практически не зависит. Данные исследования уровня гормона кортизол показали следующие результаты: в первой группе с генерализованной эпилепсией средний уровень составил – 630 нмоль/л, во второй группе – 580 нмоль/л, в третьей группе – 420 нмоль/л.

Вывод.

Проведенные исследования выявили в крови пациентов с генерализованной формой эпилепсии наибольший уровень гормона кортизола, во второй группе результат оказался чуть ниже и самый меньший уровень содержания гормона оказался в крови у здоровых пациентов без когнитивных нарушений. Данное исследование позволяет нам сделать вывод, что существует некая корреляция между уровнем гормона кортизола и развитием когнитивных нарушений. Повышение уровня гормона кортизол способствует снижению кратковременной и долговременной памяти, внимания, снижению способностей к вычислению и других когнитивных функций. Таким образом, зная, что пациенты с высоким уровнем гормона кортизола более подвержены развитию когнитивных нарушений, мы можем помочь пациенту предупредить или отсрочить развитие когнитивного дефицита, применяя медикаментозную терапию, а также различные методики немедикаментозной тренировки памяти, внимания, интеллекта и других высших психических функций.

ПРИМЕНЕНИЕ ОНЛАЙН-ИНСТРУМЕНТОВ ДИСТАНЦИОННОГО
ОБУЧЕНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Коржавов Ш.О., Гаппарова О.Г.

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение: На сегодняшний день технология дистанционного обучения (ДО) является актуальной во всех сферах образования. О её актуальности свидетельствует большое количество публикаций, посвященных теоретическим аспектам использования технологии дистанционного обучения и ее механизмам реализации в образовательной деятельности медицинских вузах. Статья посвящена онлайн-инструментам, которые преподаватель может использовать в своей профессиональной деятельности не только в процессе реализации ДО, а также в офлайн занятиях и в технологии смешанного обучения. Онлайн-инструментов насчитывается несколько сотен, они отличаются: уровнем сложности; задачами, которые решают в образовательном процессе; наличием уже готовых дидактических материалов; наличием инструкций по работе с самим инструментом и т. д.

Материалы и методы: В качестве материала были использованы онлайн-ресурсы: электронный учебно-методический комплекс дисциплины (УМКД), онлайн-тестовые задания, комплекс практических заданий по всем разделам дисциплины, электронные учебники, мультимедийные учебно-демонстрационные компьютерные программы, учебно-информационные видеофильмы, сайт облачных конференции Zoom, Microsoft Teams, система дистанционного обучения (СДО) Moodle и др.

Результаты: Результаты нашего исследования подтверждают, что обучающиеся, которые использовали системы дистанционного обучения Moodle в учебном процессе, лучше понимали и усваивали информацию, имели лучший показатель мотивации к изучению дисциплины. Некоторые обучающиеся проявили инициативу к самостоятельному поиску, накоплению и сохранению информации профессионального направления, стремились делиться информацией и обсуждать ее с другими.

Поддержка преподавателем инициативы обучающихся способствует развитию умений и навыков профессионального самообразования будущих врачей. Направление преподавателем поисковой деятельности обучающихся выводит процесс неосознанного самообразования (получение информации по инициативе обучающегося на основе заинтересованности) на уровень осознанного изучения материала, то есть, получение, обработка, представление информации в определенном направлении.

Заключение. Таким образом, наибольший эффект в процессе изучения дисциплины достигается в том случае, когда коммуникационные технологии СДО Moodle используются как преподавателями, так и студентами.

1. Технология дистанционного обучения прежде всего позволяет преподавателю максимально эффективно организовать работу обучающихся в онлайн режиме, где обучающийся имеет возможность совершенствовать свою информационно-коммуникативную компетентность в своей профессиональной деятельности.
2. Использование онлайн обучения Moodle повышает эффективность деятельности преподавателя и студента (влияние на процесс понимания, восприятия, запоминания студентами материала, уменьшение времени в процессе вычислений результатов исследования, активизация самостоятельного овладения дисциплиной студентом и т. д.).
3. Использование обучающимися онлайн-ресурсов положительно влияет на повышение уровня знаний и на формирование профессиональных знаний, умений и навыков будущих специалистов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛУЧЕВЫМ МЕТОДОМ

Коржавов Ш.О., Сулейманов Р.И.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Ежегодно на планете туберкулез уносит миллионы жизней. В настоящее время эта инфекция по уровню смертности уступает только СПИД. Туберкулез является одной из острейших проблем 20 столетия. Подобная оценка справедлива в отношении многих стран мира. Основной причиной обострения эпидемиологической ситуации явилось ухудшение уровня населения за счет миграции, увеличения устойчивых форм туберкулеза, рост ВИЧ инфицированных. В настоящий момент во всем мире растет заболеваемость туберкулезом за счет увеличения числа пациентов, входящих в группу риска по развитию данного заболевания: пациенты с онкологией, с трансплантированными органами, с вторичными иммунодефицитными состояниями, пациенты с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Для визуализации поражения легких при микобактериозе компьютерная томография наиболее информативна, однако улучшение дифференциальной диагностики требует систематизации ее лучевых симптомов. Современные методы диагностики туберкулеза являются высоко-диагностируемыми. Поражение органов дыхания туберкулезом встречается чаще. Хроническая обструктивная болезнь легких — хроническое воспаление дыхательных путей с прогрессирующим ухудшением функции легких и ТБ имеют сходные факторы риска, такие как курение, низкий социально-экономический статус, нарушение иммунной защиты организма, следовательно, могут взаимоотягощать течение каждого. ТБ может являться фактором риска развития, обострения и прогрессирования болезни, изменять или усугублять типичное течение туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в Хорезмском противотуберкулезном диспансере. Отобраны пациенты с туберкулезом со следующими критериями включения: — наличие данных КТ Р — установление диагноза туберкулез в соответствии с критериями.

Результаты исследования. Проанализировано 94 случая у пациентов без ВИЧ-инфекции. Сравнение пациентов по половой принадлежности определило преобладание женщин — 64 человека (68%), мужчин — 28 (32%). При возрастном анализе средний возраст больных составил 42 года (от 20 до 73 лет). При определении преимущественной локализации поражения было установлено, что верхние доли вовлекались в процесс у 48 (46,1%) пациентов, нижние — у 36 (34,6%), в остальных случаях определялось вовлечение всех отделов легких. Полостная форма наблюдалась у 31 пациента (32,9%), этиологическим фактором чаще всего являлись *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. kan sasii*, *M. malmoense*, *M. xenopi*, *M. fortuitum*. Бронхоэктатическая форма наблюдалась у 64 пациентов (68%), этиологическим фактором чаще всего являлись *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. kansasii*, *M. xenopi*, *M. fortuitum*, *M. chelonae*, *M. abscessus*. Самым частым проявлением микобактериозов в легочной ткани были различной величины очаговые изменения и фокусы инфильтрации в легких: 88 пациентов (93,6%) из них в 37 (42%) случаях отмечалось диссеминированное поражение легочной ткани. Очаги определялись как в окружении полостей распада, бронхоэктазов, так и как единственное проявление НТМБ. Размеры очагов были различны — от 3 мм до сливающихся в более крупные. Обсуждение и выводы. Верхние доли вовлекались в процесс у 48 (46,1%) пациентов, нижние — у 36 (34,6%), в остальных случаях определялось вовлечение всех отделов легких. Полостная форма наблюдалась у 31 пациента (32,9%). Бронхоэктатическая форма наблюдалась у 64 пациентов (68%). Самым частым проявлением микобактериозов в легочной ткани были

различной величины очаговые изменения и фокусы инфильтрации в легких: 88 пациентов (93,6%) из них в 37 (42%) случаях отмечалось диссеминированное поражение легочной ткани. Очаги определялись как в окружении полостей распада, бронхоэктазов, так и как единственное проявление НТМБ. Размеры очагов были различны — от 3 мм до сливающихся в более крупные. Верхние доли вовлекались в процесс у 48 (46,1%) пациентов, нижние — у 36 (34,6%), в остальных случаях определялось вовлечение всех отделов легких. Полостная форма наблюдалась у 31 пациента (32,9%). Бронхоэктатическая форма наблюдалась у 64 пациентов (68%)

Вывод. Самым частым проявлением микобактериозов в легочной ткани были очаговые изменения и фокусы инфильтрации: 88 пациентов (93,6%), из них у 37 (42%) пациентов выявлялось диссеминированное поражение легочной ткани. В исследовании 74,5% пациентов с впервые выявленным туберкулезом были курильщиками, треть из них уже страдали хроническими заболеваниями легких, несмотря на возраст. Курение является независимым фактором риска развития, увеличивает вероятность присоединения туберкулеза, что определяет необходимость раннего отказа от курения для предупреждения туберкулеза. Туберкулез чаще развивается у лиц с бронхитическим фенотипом хронических заболеваний легких. у пациентов с выраженной симптоматикой и частыми обострениями, что требует особого внимания к данной категории своевременного выявления туберкулеза, особенно в регионах с высоким уровнем заболеваемости данной патологией. Если вовремя диагностировать, туберкулез излечим.

ЎСАЁТГАН ОРГАНИЗМНИНГ УГЛЕВОДЛАР АЛМАШИНУВИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА КСЕНОБИОТИКЛАРНИНГ ТАЪСИРИ.

Курбанова Н.К.

Андижон давлат тиббиёт институти

Орол денгизи акваториясининг қисқариши натижасида Оролбўйи худудида вужудга келган экологик ноқулай ҳолат аҳоли саломатлигига салбий таъсир кўрсатади. Адабиёт маълумотларига кўра, ушбу худудларда аҳоли ўртасида турли касалликлар, хусусан, онкологик касалликлар кўрсаткичлари ортмоқда. Орол денгизининг интенсив минерализацияси ва ва унда захарли кимёвий моддалар мавжудлиги катта ёшдаги аҳоли орасида ўлим кўрсаткичлари юқори бўлишининг сабабларидан биридир. Касалланиш кўрсаткичи бу ерда Марказий Осиёнинг 5та давлатидаги ўртача кўрсаткичдан 2 баробар юқори. 90% аёллар сурункали камқонлик билан хасталанган. Қорақалпоғистон Республикасида буйрак, жигар ва қизилўнгач ўсмалари сезиларли даражада кузатилмоқда.

Тадқиқотлар мақсади: Орол денгизининг қуриган тубидан олинган ксенобиотиклар эритмасини истеъмол қилган ўсиш давридаги турли ёш каламушлар қонидаги глюкоза миқдори, жигарда гликоген миқдори ва глюконеогенез жадаллигини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усулбияти: Тажрибалар лаборатория оқ каламушларида ўтказилди ва виварий шароитида боқилди. Текшириш учун ёш 20-40 кунлик, тана массаси 65-70 гр бўлган оқ каламушлар ажратиб олинди ва 3 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ лаборатория хайвонлари назорат гуруҳи бўлиб, уларга одатдаги виварий шароитидаги овқат ва оддий сув бериб боқилди. 2-гуруҳ лаборатория хайвонларига овқат рациони одатдагича, лекин ичимлик суви ўрнига ксенобиотиклар эритмаси берилди. 3-гуруҳ лаборатория хайвонларига эса ксенобиотиклар эритмаси ва қўшимча препаратлар берилди. Қўшимча препаратлар қуйидагилардан иборат: (100 гр тана массасига нисбатан)

1. 20 мг NaCeO_3 -сув алмашинувини барқарорлаштирувчи ҳамда ўсувчи ҳайвонлар организмида ацидознинг олдини олиш
2. 0,75 мг NaHCO_3 -қондаги нитратлар даражасини камайтиради ва глутатион пероксидаза фаоллигини оширади, эритроцитлар фаолиятининг бузилишини олдини олади ҳамда организм фаолиятининг ноёб шароитларида профилактик таъсир кўрсатади
3. 0,80 мг йод - организмда алмашиш жараёнларини стимуллайди

Хар бир гуруҳ ҳайвонларнинг вазни ва кислород истеъмоли хар 5 кунда (20 кун давомида) ўлчаб борилди. Сўнгра улар жонсизлантирилиб, олинган материалларда углевод алмашинуви кўрсаткичлари: қонидаги глюкоза миқдори, жигарда гликоген миқдори аниқланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Маълумки, ҳайвонлар вазни организмда физиологик жараёнлар ҳолатининг интеграл кўрсаткичларидан хисобланади. Шунинг учун биз аввало шу кўрсаткич ўзгаришлари тўғрисида мулоҳаза юритдик.

Назорат гуруҳидаги ҳайвонларда тана вазнининг ортиб бориши тажрибанинг 20-кунига келиб, тажрибанинг 1-кунига нисбатан, 84%ни ташкил қилди. Тажиба гуруҳидаги ҳайвонларда эса тажрибанинг 10-кунидан бошлаб, тана вазнининг камайиши кузатилди. Бу кўрсаткич тарибанинг 20-кунига келиб, 1-кундагига нисбатан 54%ни ташкил этди. Бу эса назорат гуруҳидаги ҳайвонлар тана вазнининг ортишидан 30% камдир. 3-гуруҳ ҳайвонларида эса тана вазнининг ўзгариши 1-кундагига нисбатан 12% орқада қолганлигини кўрсатди. Ҳайвонларнинг кислород истеъмоли хар беш кунда текширилиб борилганда, эритма истеъмол қилган ҳайвонларнинг кислород истеъмоли назорат ҳайвонларининг кислород истеъмолига нисбатан пастлиги аниқланди. Қўшимча препаратлар берилган ҳайвонларнинг кислород истеъмоли назоратдаги тажиба ҳайвонлари кўрсаткичларига анча яқинлиги аниқланди.

Тажрибаларнинг 20- кунда ҳайвонлар сўйилиб, уларнинг қонидаги глюкоза ва жигарида гликоген миқдорлари текширилганда, ксенобиотиклар эритмаси истеъмол қилган ҳайвонлар қонида глюкоза миқдори назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада ортганлиги, ксенобиотиклар эритмаси билан бирга қўшимча препаратлар берилган ҳайвонлар гуруҳида эса бу кўрсаткич назорат гуруҳи кўрсаткичларига яқинлиги аниқланди. Жигардаги гликоген миқдори текширилганда, эритма истеъмол қилган қилган ҳайвонлар жигарида гликоген миқдори назоратга нисбатан 77% га ортганлиги аниқланди. Қўшимча препаратлар истеъмол қилган ҳайвонларда эса бу кўрсаткич 50% ни ташкил этган.

Олиб борган тажибалар натижаларига кўра, текширилаётган эритма истеъмол қилган ёш организмларда сезиларли даражадаги физиологик жараёнларнинг кечишида салбий ўзгаришлар келиб чиқади

АМИЛАЗА ФЕРМЕНТИ ГОМЕОСТАЗИГА ГАММА НУРЛАНИШ ТАЪСИРИ

Қодиров Ш.Қ, Мирзаджанова Н.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон давлат университети

Мавзунинг долзарблиги. Организмга берилган ҳар қандай эмоционал, физик ёки кимёвий таъсирлар, уни динамик мувозонат ҳолатдан чиқариши мумкин. Организмда ўзгарган муҳитга мослашиш мақсадида ички муҳит силжишининг олдини олишга ёки баргараф қилишга йўналтирилган мураккаб реакциялар мажмуи содир бўлади. Эволюцион ривожланиш жараёнида вужудга келган ва мустақкамланган ички муҳит турғунлик ҳолати ўзгарувчан ташқи муҳитга мослашишга ёрдам беради. Мослашиш жараёнида организмда ўзгаришлар содир бўлади, яъни гомеостатик

даражага ўтиши, бир физиологик тизим иши кучайиши ва бошқа тизимлар тормозланиши мумкин.

Организм мослашиши зарур бўлган омиллардан бири радиацион муҳитнинг ўзгаришидир [1, 2]. Шуларни ҳисобга олган ҳолда ушбу ишимизга каламушлар сўлак беши фермент ажратиш фаолияти ва фермент гомеостазига гамма нурланиш таъсирини ўрганиш мақсад қилиб олинган.

Ишнинг олдига қўйилган мақсадга мувофиқ, сўлак безлари тўқимасидаги ва каламушлар қони амилolitik активлигини ҳар хил ҳолатларда ўргандик.

Тажриба 50 та 150-200 грамм вазндаги вояга етган каламушларда ўтказилди. Каламушлар “Луч” аппарати ёрдамида Co^{60} гамма квант бериб нурлантирилди. Нурлантириш юзаси 20X20 см, фокус масофаси 75 см. Нурлантириш дозаси 0.86-0.85 Гр/мин. Ютилган доза 1,2,4,6 Грей. Контрол гуруҳ каламушлар ҳеч қандай таъсирга учратилмаган интакт ҳолатда бўлди.

Олинган натижаларимиз кўрсатишича, сўлак беши тўқимасидаги амилolitik активликнинг ўзгариши берилган гамма нур дозасига боғлиқ эканлиги аниқланган. Нурлантиришдан сўнгги олинган натижалар контрол гуруҳи (1-жадвал) кўрсаткичларига солиштирилган.

Нурлантирилган тажрибадаги каламушлар сўлак беши тўқимаси амилolitik активлиги маълум даражада пасайиши кузатилди. Бундай ўзгариш 1, 2 Грей дозада нурлантирилгандан 4-5 кун ўтгандан бошланиб, 11-12 - кунлари назорат гуруҳига нисбатан 20-25 % гача камайди. Ушбу дозада нурлантирилган каламушлар сўлак беши тўқимаси амилolitik активлиги тажрибанинг 60-кунлари дастлабки ҳолатга қайтди.

1, 2 Грэй дозаларда нурлантирилгандаги сўлак беши тўқимасидаги амилolitik активликнинг пасайиши ва ортиши чизикли кўринишга эга бўлди.

4 Грэй дозада нурлантирилганининг 10-кунида амилolitik активлик максимал (30%) пасайди. Қолган кунларда бу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан 10-20%га кам бўлди ва нурлантирилгандан 60 кун ўтганда ҳам тинч ҳолати даражасига қайтмади. Демак, 4 Грей дозада гамма нури олган каламушнинг сўлак безларида амилаза ферменти синтези сусайган бўлиб, унинг дастлабки ҳолатига қайтиши учун 60 кун етарли эмас.

6 Грей дозада ўта кучли таъсир кўрсатилди. Нурлантирилган куннинг эртасигаёқ сўлак безлари тўқима амилolitik активлиги назорат гуруҳига нисбатан кескин камайди (30%), 3 кунда бироз тикланди (20%), лекин кейинги кунларда бу кўрсаткич тобора пасайиб бориб, 30-кунда назорат гуруҳига нисбатан 60% гача камайди ва бу каламушларни ҳалок қилди.

Қондаги амилаза ферменти активлигига нурлантириш таъсири қуйидагича изоҳланди: 1-2 Грейда нурлантирилган каламушлар қонидаги амилolitik активлик тажрибанинг 3-кунидан бошлаб пасайиб борди ва 30 кун ўтгандан сўнг ушбу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан 2-3 % га пасайди. Қондаги амилаза ферменти активлигининг пасайиши (7%) худди сўлак безларидагидек 11-12 кунларга тўғри келди. Нурлантирилган сўнгги 50-60 кунлари қоннинг амилolitik активлиги назорат гуруҳ кўрсаткичи даражасига қайтди.

4 Грей дозада нурлантирилган каламушлар қонидаги амилolitik активлик тажрибанинг 10-15 кунлари назорат гуруҳига нисбатан 8-10 % га камайди, қолган кунлардаги кузатишларда 3-4% гача пасайди. Нурлантирилгандан сўнг 60 кун ўтганда ҳам ушбу фермент активлиги қонда дастлабки ҳолатига қайтмади.

Демак, нурлантириш дозаси ортган сари каламушлар қонидаги амилolitik активлик ўзгариши кучлироқ ва давомлироқ бўлади. Кузатилган ўзгаришларнинг дастлабки ҳолатга қайтиши учун кўп вақт талаб қилинади.

6 Грей дозада берилган гамма нурланиш тажрибадаги каламушлар қонидаги амилolitik активликни 1-кундан бошлаб кескин камайтириб юборди (50%) ва кундан кунга бу кўрсаткич тобора камайиб бориб 30 кунда у максимал даражага етди. Назорат

гуруҳига нисбатан 80% га камайди ва бу ҳолат каламушларга салбий таъсир кўрсатиб, 100% ўлишига сабаб бўлди.

Қондаги амилаза ферментининг асосий манбаларидан бири сўлак безлари эканлигини [3, 4, 5, 6] ҳисобга олган ҳолда нурлантирилган каламушлар сўлак беzi ва қони ўртасида ушбу ферментлар активлигининг ўзгаришида қандай боғлиқлик бор эканлигини ўрганиш мақсадида, улар ўртасидаги корреляцион боғлиқликни аниқладик. Ҳар хил дозадаги гамма нурланиш таъсиридан сўнг сўлак безлари тўқимаси ва қон зардобидоги амилolitik активликларнинг ўзаро боғлиқликлари бор эканлиги, корреляцион коэффициентларнинг ($0.69 \pm 0,11$ ва $0,73 \pm 0,12$) юқори эканлиги кўринди.

Нурлантирилгандан сўнг қондаги амилolitik активлик гамма нурлантириш дозасига боғлиқ ўзгарган. 1-4 Грей дозадаги нурлантиришда сўлак безлари тўқимасида ўзгаришлар камроқ бўлганлиги туфайли қондаги микдорнинг доимийлиги – гомеостазини сақлашга йўналтирилган асосий механизм ушбу фермент инкрециясини орттириш орқали қондаги унинг микдори доимийлигини сақлашга интилган. Нурланиш дозаси 6 Грей бўлганда амилаза ферментининг секреция ва инкреция қилиниши кескин камайган.

Демак, олинган натижаларимизга кўра гамма нурлантириш берилган дозага боғлиқ ҳолда сўлак беziда амилаза ферменти синтезини ва унинг қонга инкрециясини сусайтирди, деган хулосага келишимиз мумкин.

SAPONINLAR VA TARKIBIDA SAPONIN BO'LGAN O'SIMLIKLAR

Maxammatova S.X., Xomidov I.I.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Glikozidlarning suvdagi eritmasi chayqatilganda turg'un ko'pik hosil qiladi, shuning uchun ular saponinlar deb atalgan (lotincha *sapo* — sovun sozidan olingan). Saponinlar fermentlar yoki suyultirilgan kislotalar ta'sirida gidrolizlanib, monosaxaridlar aralashmasiga hamda aglikon — sapogeninlarga parchalanadi. Saponinlar, ayniqsa chinniguldoshlar (Caryophyllaceae), primuladoshlar (navrozguldoshlar) (Primulaceae), polemoniyadoshlar (Polemoniaceae), dukkakdoshlar (Fabaceae), poligaladoshlar (Polygalaseae), araliyadoshlar (Araliaceae), sigirquyruqdoshlar (Scrophulariaceae), yamsdoshlar (Dioscoreaceae), ra'noguldoshlar (Rosaceae), sapindoshlar (Sapindaceae), lolaguldoshlar (Liliaceae), chuchmomadoshlar (Amaryllidaceae), tuyatovondoshlar (Zygophyllidaceae) va boshqa oilalarning vakillari tarkibida kop miqdorda toplanadi.

Saponinlar faol biologik birikmadir. Tarkibida saponin bo'lgan o'simliklar kukunining changi burun va tomoqning shilliq qavatlarini qichishtirib, yo'taltiradi hamda aksirtiradi. Ular iste'mol qilinganida ichki sekretiya bezlarining suyuqlik ajratish qobiliyati kuchayadi. qon eritrotsitlarini eritish saponinlarning eng muhim va o'ziga xos xususiyatlaridan biridir. Shuning uchun saponi eritmasini venaga yuborish mumkin emas. Aks holda eritrotsitlarni eritib yuborishi mumkin. Iste'mol qilingan ba'zi saponinlar kuchli zaxar sifatida ta'sir qilishi mumkin. Zaxarli saponinlar sapotoksinlar deb ataladi.

Tarkibida saponin bo'lgan o'simliklar (mas, sovundaraxt, qizilmiya, ipomeya, yetmak va boshqalar) tibbiyotda balg'am ko'chiradigan va siydik haydaydigan vosita sifatida ishlatiladi. Oziqovqat sanoatida turli ichimliklar, qandolatchilik mahsulotlari tayyorlashda qo'llanadi.

Saponinlarning suvda ko'pirish hamda qon eritrotsitlarini eritish xossalariga asoslangan miqdoriy analiz usullari mavjud. Bu usullar maxsulotdagi saponinlarning % miqdorini ko'rsatmasa ham, ular kontsentratsiyasini aniqlashda katta axamiyatga ega. Ayniqsa tibbiyotda ishlatiladigan maxsulotlar shu usullar yordamida tekshirilishi va ularga baho berilishi kerak. Saponinlarning gemolitik ko'rsatgich (indeks) ini aniqlash. Gemolitik ko'rsatgich (indeks) deb, fibrinsiz qonning 2% li eritmasi bilan to'liq gemoliz beradigan

saponinlarning eng kichik miqdoriga aytiladi. Bu ko‘rsatgich maxsulotning birlik miqdoriga nisbatan ifodalanadi. Saponinlarning ko‘pirish sonini (korsatkichini) aniqlash. Ko‘pirish soni (ko‘rsatkichi) deb diametri 16 mm li probirkada 15 sekund davomida qattiq chayqatilganda 1 sm balandlikda turqun ko‘pik hosil qiladigan saponinlarning eng kichik miqdoriga aytiladi.

Saponinlarning tibbiyotda qo‘llanilishi. Saponinlar organizm bezlarining suyuqlik ajratish qobiliyatini kuchaytiradi, so‘lak va ter ajralishini oshiradi. Shuning uchun saponinlar saqlovchi maxsulotlar tibbiyotda balg‘am ko‘chiruvchi va siydik xaydovchi hamda tinchlantiruvchi, organizm tonusini qo‘zqatuvchi vosita sifatida va boshqa kasalliklarda ishlatiladi. Steroid saponinlardan steroid gormonlar sintez qilishda arzon maxsulot sifatida foydalaniladi.

Saponinlar yana turli xildagi boshqa dori moddalar va zaxarlarning hayvon ichagida so‘rilishi jarayonini kuchaytiradi. Saponinlarning bu xossalari dori turlari tayyorlashda hisobga olinishi kerak. Toza saponin ba‘zi (brutsellyoz va kuydirgiga qarshi ishlatiladigan) vaktsinalarni tayyorlashda ham qollaniladi.

Saponinlar xalq xojaligida ko‘p ishlatiladi. Oziq-ovqat sanoatida (holva, pivo, limonad tayyorlashda), o‘t o‘chiradigan asboblarda, yengil sanoatda (nafis gazlamalarni yuvishda) va boshqa sanoat tarmoqlarida qo‘llaniladi.

Sovun daraxt, sapindus (Sapindus) — sapindoshlar oilasiga mansub past bo‘yli daraxtlar yoki butalar turkumi, doim yashil yoki barg to‘kadigan daraxtlar. 15 ga yaqin turi bor; tropik Osiyo (6 turi) va Amerikada (3 turi), Gavayi orollari va Okeaniyada tarqalgan. Mevasida 38% cha saponin moddasi bor va sovun o‘rnida ishlatiladi. Tropik va subtropik mamlakatlarda manzarali o‘simlik va saponin olish uchun ekiladi. Kavkazning Qora dengiz sohillarida, Kavkaz orti mintaqalari va O‘rta Osiyoda 3 turi: haqiqiy sovundaraxt (S. saponaria), mukuros sovundaraxti (S. mucrossi) va sovuqqa chidamli Drummond sovundaraxti (S. drummondii) o‘stiriladi. Ba‘zi turlarining mevasi yeyiladi.

Qizilmiya ko‘p yillik bo‘yi 50 - 100 - 150 sm gacha yetadigan, yer ostki qismi kuchli taraqqiy etgan o‘t o‘simlik. Ildizpoyasi yo‘g‘on va yer ostida gorizontall novdalari va bitta vertikal o‘q ildizi bo‘ladi. O‘q ildizi uzunligi 4 - 5 m gacha bo‘ladi.

Poyasi bir nechta kam shoxlangan, tukli, bezlar va tikanlar (mayda) bilan qoplangan. Bargi toq patli (3 - 7 juft) murakkab barg. Bargchalarni ellipsimon, tuxumsimon yoki lantsetsimon, tekis qirrali, yopishqoq bezlar bilan qoplangan. Qo‘shimcha barglari mayda, lantsetsimon, to‘kilib ketadi. Gullari qiyshiq, shingilga to‘plangan. Gulkosacha va toj barglari 5 tadan: oqish - binafsha rangli gul kapalak gullilarga xos tuzilgan. Otaligi 10 ta 9 tasi bir - biri bilan birlashgan 10 chisi birlashmagan.

Mevasi pishganda ochilmaydigan, poyasi qurigandan so‘ng ochiladigan dukkak. Iyun - avgustda gullaydi, mevasi avgust - sentyabrda etiladi. Geografik tarqalishi. Sho‘r tuproqli cho‘llarda, ariq, kanal, daryo bo‘ylarida ko‘proq o‘sadi. Asosan O‘rta Osiyo, Qozog‘iston, Shimoliy Kavkaz, Ural daryosining vodiysida, Dog‘iston, Turkmanistonda keng tarqalgan. Mahsulot tayyorlash. Masalan. O‘rta Osiyoda oktyabrdan kelasi yil aprelgacha yig‘sa bo‘ladi (iqlimga bog‘liq).

Kimyoviy tarkibi. Mahsulot tarkibida 24% foizgacha glitserizin (uch asosli glitserizin kislotaning kaliy va kalsiy tuzi) bo‘ladi. U qanddan 40 marta shirin, gidrolizlashganda 2 molekula glyukuron kislotasi va aglikon glitseretin kislotaga parchalanadi.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКОТОКСИКАНТОВ ХИМИЧЕСКОГО ЗАВОДА

*Маллаева М.Б., Наимова З.С., Курбанова Х.А.
Самарандский государственный медицинский университет*

Изучение состояния здоровья детей и подростков под воздействием окружающей среды является ведущим направлением современных гигиенических

исследований. Это вызвано с одной стороны, возрастающим антропогенным воздействием на природу и связанным с ним ухудшением экологической ситуации, с другой – появлением комплекса новых, в основном техногенных факторов среды – экотоксикантов, способных оказывать существенное влияние на человека, особенно на ранних уровнях организации систем организма.

Цель исследования: По мнению большинства исследователей, наиболее чувствительными к воздействию как отрицательных, так и положительных факторов окружающей среды, являются дети дошкольного возраста. Этот период характеризуется развитием и формированием различных органов и систем, когда происходит их качественная перестройка и усложняются механизмы активации функций, но недостаточно развиты ещё адаптационные механизмы взаимодействия с внешней средой. При изучении состояния здоровья детей и подростков выявляются, наиболее часто, отклонения в физическом развитии и нервно-психическом статусе.

Материал и методы. Оценка состояния здоровья детей и подростков проводилась на основании анализа материалов углубленных медицинских осмотров детей и подростков проживающих в условиях химического загрязнения экологической системы, который проводился врачами 4- поликлиники г.Самарканда сотрудниками кафедры общей гигиены и экологии и студентами 5-курса Самаркандского Государственного Медицинского университета по методическим рекомендациям Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан «Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых медицинских осмотрах». Анализ материалов, полученных в результате изучения состояния здоровья детей, позволил подойти к общей оценке состояния здоровья изучаемых контингентов с распределением по группам здоровья. При этом для каждого ребенка проводилось индивидуальная комплексная оценка состояния здоровья с отношением его к одной из групп. Из обследованных 154 дошкольников, 65,7% были отнесены ко II группе здоровья («группы риска») и нуждались в оздоровлении, а 21,4% дошкольников включены в III группу, 4,6% в IV группу и нуждались в реабилитации, лишь у 8,3% детей не было хронических заболеваний. Они имели гармоничное физическое развитие, хороший уровень функционирования основных систем, их можно было отнести в I группу здоровья.

Выводы: Увеличение числа детей во II-IV группах можно объединить повышением заболеваемости, связанных с воздействием химических экотоксикантов из окружающей среды. При этом встречались следующие отклонения: гипертрофия миндалин, аденоиды I степени, функциональные изменения респираторной и сердечно-сосудистой системы и невротические реакции. Все эти заболевания в промышленном районе встречались в 1,6 раза чаще чем в контрольной. Особо следует выделить II группу здоровья, которая связана с формированием хронических заболеваний детей относящихся к этой группе. Именно эти дети должны быть охвачены комплексными лечебно-оздоровительными мероприятиями. Своевременное выявление отклонений состояния здоровья детских контингентов позволит вовремя провести санитарно-гигиенические, профилактические и оздоровительные мероприятия и предупредить их переход в стадию хронизации патологического процесса. Они могут сигнализировать об опасности химического загрязнения экологической системы выбросами промышленных предприятий в то время как другие показатели, и прежде всего заболеваемость, ещё не проявляющая тенденцию в сторону их ухудшения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОВЕРХНОСТНЫХ
СЛОЕВ РОГОЗЫ

Мамадалимов А.Т., Муминова Г.М.

*Национальный университет Узбекистана им. Мирзо Улугбека
Андижанский государственный медицинский институт*

В данной работе исследованы электрофизических свойств волоконсодержащего растения – рогоз.

Для исследования электрофизических свойств волоконсодержащего растения – рогоз были изготовлены соответствующие образцы с омическими контактами. На специально собранной установке с электрической схемой, были измерены вольтамперные характеристики образцов.

Исследованы электрофизические свойства поверхностных слоев рогозы, после обработки их с $KMnO_4$. Обнаружено, что поверхностные слои волокнистого рогоза обладают полупроводниковыми свойствами. Эксперименты показывают, что в исходных образцах, которые легированы $KMnO_4$, электропроводность волокнистого рогоза возрастает при повышении температуры по экспоненциальному закону с энергией активации $E_1=0,33; 0,18эВ$ и $E_2=0,5эВ$, соответственно. Выявлено неустойчивость электрического тока при повышении температуры от 300 до 340К. Вольтамперные характеристики в темноте и при освещении УФ светом с $h\nu=5,0 эВ$ имеют линейный характер. При включении УФ свет, нарастание фототока происходит по экспоненциальному закону с $\theta=5-10 мин.$ После выключения УФ света обнаружена долговременная релаксация фотопроводности, связанные прилипанием носителей заряда на глубокие уровни в запрещенной зоне рогозы, образованные после обработки их с $KMnO_4$.

Для исследования электропроводности рогоза требуется новая методика изготовления образцов. Мы разработали такую методику. Подбирали одинаковые по длине и зрелости рогоза и укладывали параллельно друг другу. Их концы зажимали медной фольгой 2 или склеивали электропроводящей пастой. Провода 3, припаянные к концам образца 1, служили для отвода тока от образца к измерительному наномикроамперметру. Длина рабочей части образцов 10 мм, вес от 3 до 30 мг в зависимости от вида измерения. При сопоставительных измерениях все образцов был всегда одинаковым.

Электропроводность таких образцов измеряли при различных значениях влажности при комнатной температуре (в отсутствие влаги через образец электрический ток практически не протекает). Установлена линейная зависимость силы тока от влажности воздуха .

Определенного значения влажности воздуха рогоза не проводит электрический ток, электропроводность резко увеличивается с $f=30\%$ влажности воздуха (кривая 1): это соответствует влажности волокна $\omega=3,2\%$. Эту границу принято называть порогом резкого изменения электропроводности рогоза при комнатной температуре. С повышением температуры влажного воздуха этот порог смещается в сторону сравнительно низкой влажности воздуха и далее зависимость $J(f)$ является линейной с разными наклонами при разных температурах. Отметим, что эти измерения качественно совпадают с результатами работ. Были созданы установки для исследования электропроводности рогоза при отсутствии влаги, где в специальной барокамере были установлены приборы по измерению влаги, температуры, давления и т.п.

Обнаружено уменьшение электропроводности после легирования волокнистого рогоза с $KMnO_4$. Это, по-видимому, связано с уменьшением свободных носителей за счет компенсации глубокими уровнями волокнистой рогозы.

Мы изучали фотопроводимость рогоза, легированных $KMnO_4$, при постоянной освещенности и разных температурах (рис.3). С увеличением температуры фототок вначале увеличивается, дальнейший рост температуры уменьшает его. Установлено также, что в некоторых случаях рогоза обладает отрицательной фотопроводимостью. По-видимому, введенный в рогоза $KMnO_4$ играет роль, сенсibilизатора, облегчающего переход слабо связанных с атомом электронов в зону проводимости.

Таким образом, рогоза можно считать хорошим полупроводниковым материалом, под действием температуры, ионизирующих излучений, введении легирующих элементов оно изменяет электропроводность и фотопроводность, которые зависят от приложенного напряжения, освещенности, сорта рогоза, степени его созревания, условий роста и развития.

Следует отметить, что, по-видимому, в дальнейшем на базе рогоза можно будет создавать различные дискретные элементы электронной техники-термо-и фоторезисторы, датчики давления, влаги и др.

На основе проведенных исследований были созданы преобразователи сигналов-фотоэлементов, обладающие высокую чувствительность в видимой и ультрафиолетовой области оптического спектра. Вольтамперные характеристики созданных преобразователей сигналов в темноте и при освещении имеют линейный характер. Таким образом установлено, что рогоз узколиственный содержит особо тонкие волокна, которые способствуют повышению его прочности. Полученные данные помогут в понимании физических свойств рогоза и могут быть использованы в практической медицине.

МОТИВАЦИЯ КАК СРЕДСТВО ИЗУЧЕНИЯ ЯЗЫКОВ

Мамаджанова М.Р.

*старший преподаватель кафедры Узбекского языка и литературы, языков
Андижанский государственный медицинский институт*

Данная проблема является актуальной в преподавании всех предметов, в том числе и русского языка, так как без мотивации нельзя строить учебный процесс. Вопросы мотивации нашли свои наиболее яркие выражения в трудах А.Н.Леонтьева, например, в его «Психологических вопросах сознательности учения» и ряда других исследователей.

При обучении в высшем учебном заведении, нельзя не учитывать всех особенностей, где речь идет о динамике мотивов учебной деятельности, о возрастных различиях в памяти, мышлении, внимании и т.п., а также о тех личностных чертах студентов, которые связаны с общением в процессе обучения и с оценкой и самооценкой успешности учебной деятельности. Так как при обучении русскому языку в вузе роль общения особенно важна. Здесь учет возрастных характеристик приобретает особое значение: исключительно через личность преподавателя, и отношение к дисциплине такое же, как и к преподавателю этого предмета; нравится преподаватель – нравится его учебная дисциплина. На практических занятиях русского языка отношение между студентами, между преподавателем и группой должны соответствовать требованиям, оптимальным для данного возраста.

Безусловно, мотивация – этап (фрагмент) занятия, во время которого преподаватель создает ситуацию, в которой у учащегося должен, с одной стороны, возникнуть интерес к предстоящей далее на занятии учебно-познавательной деятельности, с другой – должны сформироваться начальные представления о предмете, проблеме, сформулироваться первичные выводы.

Одним из решающих стимулов приобретения знаний, без которого учебный материал усваивается плохо, быстро забывается является интерес. При этом **цель**

преподавателя – сформировать устойчивый интерес к узнаванию, получению информации, исследованию и изучению учебного материала, предмету, проблеме, теме занятия. Как известно, интерес – это любопытство, обнаружение чего-то неожиданного для себя, своеобразный трамплин, позволяющий «прыгнуть дальше и выше», успешность этапа мотивации (а значит, и дальнейших моментов занятия) во многом определяется наличием элемента неожиданности и заданиях этого этапа занятий.

Под интересом в методическом плане понимается такое рационально-эмоциональное отношение студентов к дисциплине, которое вызывает у них желание познать изучаемое и стимулирует увлечение этим предметом. Внешне это отношение выражается в пытливости, любознательности у студентов, в их внимании и активности на занятии русского языка.

Известно, что интерес, проявляемый студентами к изучаемому, прямо влияет на их активность. Однако сама по себе активность, которую преподаватель разными приемами и способами пытается развить у студентов без относительно к интересу, не может вызвать желания овладеть знаниями. Так, убыстрение темпа учебного процесса, разнообразие методов обучения – это не вызывает у студентов интереса. Таким образом, прежде всего, необходимо знать и учитывать мотивы учения, опираясь на которые можно более успешно строить процесс вузовского обучения русскому языку как иностранному.

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СУХОЖИЛИЯМИ ПОДКОЛЕННЫХ СГИБАТЕЛЕЙ ИЛИ СУХОЖИЛИЕМ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ.

*Маматқулов К.М. Рахмонов Ш.Ш, Мардонкулов Улугбек Олим угли
Самаркандский государственный медицинский институт.*

Восстановление повреждённых связок коленного сустава до настоящего время является очень серьёзной задачей травматологов и ортопедов. Особо важное значение имеет место артроскопического восстановления связок коленного сустава, а именно передней крестообразной связки (ПКС), которая по частоте повреждений занимает первое место, среди всех повреждений связок коленного сустава. Травматологи и ортопеды часто сталкиваются с этой проблемой. При восстановлении ПКС используются различные импланты и биодеградирующие шурупы. Но при использовании этих имплантов и биодеградирующих шурупов, также отмечается различные варианты осложнений, такие как возможный перелом нижнего края созданного канала в бедренной кости, миграция имплантов и шурупов в полость сустава, трудность создание канала у анатомического место прикрепление ПКС. Нами было проведены артроскопического восстановления ПКС, у 172 больным с использованием Ultrabutton Smith-Nephew, что выполняется легко и вышеуказанные осложнения не наблюдаются.

Литература и методология. Работа основана на опыте лечения 172 больных с повреждениями передней крестообразной связки в СФРНПМЦТиО, где была использована методика пластики с использованием сухожилий тонкой, полусухожильной мышц и (или) длинной малоберцовой мышцы в период с 2017 по 2019 гг. Больные были в возрасте от 18 до 42 лет. Среди больных мужчин было 167 (97,1%), женщин – 5 (2,9 %). Всем пациентам была проведена пластика передней крестообразной связки сухожилий тонкой и полусухожильной мышц и (или) длинной малоберцовой мышцы. Целью предоперационного планирования было определение степени нестабильности сустава. Всем пациентам, помимо клинического обследования, выполняли магнитно - резонансную томографию (МРТ). У 157 больных выявлено

сопутствующие повреждения менисков и боковых связок. Изолированный разрыв ПКС диагностирован у 15 больных. У 168 больных выполнили аутогендопластика с использованием сухожилий тонкой и полусухожильной мышц, а у 4 больным использовали сухожилия длинной малоберцовой мышцы. Фиксировали трансплантаты на бедренном канале с помощью Ultrabutton Smith-Nephew и (или) Conmed, на тibiальном канале биодеградируемыми имплантатами Smith-Nephew и (или) Conmed

Обсуждение. Преимущества данной методики фиксации заключается в следующем:

1. При фиксации Ultrabutton бедренный канал создается у место анатомического прикрепления передней крестообразной связки.
2. Исключается возможного перелома нижней стенки канала в бедренной кости, который иногда встречается при фиксации интерферентными шурупами.
3. Исключается миграции импланта и попадания в полости сустава.
4. Выполняется легко, а также фиксация будет надежным.

Средняя длина бедренного канала при его формировании из медиального порта составила 20 (+5) мм, Средняя длина тibiального канала составила 50 ± 5 мм. Диаметр бедренного и большеберцового каналов составил $8,5 \pm 1,0$ мм. Средняя длина трансплантата из сухожилий тонкой и полусухожильной мышц и (или) сухожилия длинной малоберцовой мышцы составила 105 ± 15 мм.

Результаты исследования: Изучены у 172 больных по шкале Lysholm.

Отличные результаты – 66 (38,4%)

Хорошие результаты - 98 (56,9%)

Удовлетворительные – 8 (4,7%)

У 8 (4,7%) больных до 1 года после операции сохранялись незначительно выраженные ощущения скованности и дискомфорта в суставе, которые купировались с течением времени на фоне реабилитационной программы, включающей ЛФК, физиопроцедуры, курс хондропротекторов и внутрисуставные инъекции протекторов синовиальной жидкости.

Заключение. Аутогендопластика из сухожилий подколенных сгибателей бедра успешно использованы для восстановления стабильности коленных суставов с поврежденной передней связкой как при острых, так и при хронических ситуациях. Данная методика является высокоэффективным способом профилактики возникновения осложнений, особенно проблем с тугоподвижностью и надколенниковыми болями.

Представленный опыт применения хирургических методов лечения при разных формах нестабильности коленного сустава свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к выбору оперативной тактики. Предлагаемая тактика хирургического лечения при передней нестабильности коленного сустава обеспечивает:

- во-первых, относительную простоту и воспроизводимость хирургической техники при минимальном риске интраоперационных осложнений;
- во-вторых, максимально возможное восстановление анатомии и функции коленного сустава;
- в-третьих, надежность и прочность фиксации, что позволят пациентам вернуться на прежний уровень физической активности в кратчайшие сроки.

Предложенная методика весьма актуальна в современных условиях и должна применяться у спортсменов и людей, ведущих активный образ жизни.

КИЗИЛ-ЦЕННОЕ ПЛОДОВОЕ, ЛЕКАРСТВЕННОЕ, ДЕКАРАТИВНОЕ
РАСТЕНИЯ

Маткаримова Г.М.

Самаркандский государственный медицинский институт,

Кизил обыкновенный (или мужской) – листопадный, сильно ветвистый кустарник или небольшое дерево до 8 м высотой. Плоды кизила считаются ценными в биологическом отношении. В их мякоти содержится до 17% сахаров, свыше 3% органических кислот, витамины С, Р, А, много солей железа, калия, кальция, магния и серы.

Кизил культивируют во многих европейских странах, однако специальных плантаций его нет. В любительском садоводстве он распространен в Италии, Франции, Польше, Чехии, Словакии, Испании.

Плоды кизила привлекательны сладко-кислым вкусом, приятным ароматом, оригинальной цилиндрической, иногда шаровидной или грушевидной формой, ярко-красной, реже розовой окраской. Они богаты сахарами (и что важно - легко усвояемой глюкозой и фруктозой), органическими кислотами, столь важными для поддержания нормального кровяного давления, активными соединениями-кateхинами, антоцианом, флавонолами. В кизиле много особо ценного сейчас для нашего здоровья пектина, и необычайно высокое содержание витамина С -до 120 мг на 100 г плодов (у некоторых сортов и больше), тогда как у других южных культур этого витамина обычно маловато.

С лечебными целями у кизила используют плоды, листья, побеги, кору, корни. По данным исследований, плоды обладают противцинготным, антидиабетическим, жаропонижающим, противовоспалительным, бактерицидным, противомаларийным, желче- и мочегонным, тонизирующим действием. Они лечат желудочно-кишечные заболевания, дизентерию, тиф, малокровие. Помогают при кори, гриппе, скарлатине, рахите, ангине, диарее, туберкулёзе, циррозе печени и других болезнях. Например, лепёшки кизилового лаваша во время Кавказской войны спасали от цинги всю русскую армию. Любой геморрой с многолетним стажем вылечивается кизиловыми косточками за неделю и так далее. Частенько ягоды кизила принимают в сыром виде. На вкус они чуть терпкие и вяжут, кисловатые, но после заморозков, как и плоды рябины, становятся очень сочными и сладкими. Фитонциды в их составе убивают некоторые виды бактерий, живущих в любом организме. Повышенное содержание таких витаминов, как А и С, наделяет организм дополнительным иммунитетом для борьбы с вирусными инфекциями. Другие способы переработки плодов – его варка или настаивание. Таким образом получают различные настои, компоты, наливки, кисели, отвары, употребляя которые можно зарядить организм витаминами, кислотами, маслами. Чтобы получить и сохранить витамины и микроэлементы в первозданном виде, ягоды кизила можно просто хорошенько высушить и употреблять в истолченном виде, в виде сухофруктов или даже соления.

Кизил - ценное плодовое, лекарственное, декоративное растение. Основные биологические особенности вида: в плодоношении нет периодичности, биологическая продуктивность в благоприятных условиях выращивания составляет 25-00 кг с дерева, в зависимости от его возраста. Растения практически не повреждаются вредителями и болезнями, не требуют обработки ядохимикатами. Садовый кизил не требует какой-то особой агротехники. Сорты селекции Национального ботанического сада являются основой для создания продуктивных рентабельных фермерских и частных кизиловых садов.

ТИРИКЛИКНИНГ ХОССАЛАРИ РИВОЖЛАНИШ ДАРАЖАЛАРИНИ
ЎРГАНИШ ВА ТИРИК ОРГАНИЗМЛАРДА БИОЛОГИК АХБОРОТНИ РОЛЬИ

Маткаримова Г.М.
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети,

Мақсад: Тирикликнинг муҳим хоссалари ва ривожланиш даражаларини, тирик организмларда биологик ахборот тизимини шаклланишини ўрганиш.

Қириш. Ҳаёт бу – доимий ўз-ўзини янгилаш жараёни бўлиб, унинг натижасида ишлатиб бўлинган ва йўқотилган тузилмалар тикланади. Бу тирик мавжудотлар томонидан доимий равишда ўзининг структураларини тузиш ва ҳаётий фаолиятини ҳар томонлама таъминлаш учун биологик(генетик) ахборотларни ишлатиш ҳисобига эришилади. Юқоридагилар сайёрамазда тарқалган турларнинг эволюцияси жараёнида биологик фойдали белги сифатида танлаб олинади. Улар хужайранинг ирсий моддасида махсус код ёрдамида ёзилган ҳолатда сақланади.

Бизни тадқиқот объектими бу- барча тирик организмлар. Тирик организмларда биологик ахборотларни ишлатишнинг молекуляр механизми хужайраларда фаолият кўрсатувчи, табиий шароитларда тирик бўлмаган объектларда учрамайдиган кимёвий бирикмалар – биологик полимерларга асосланган. Булар биринчидан оқсиллар бўлиб, улар биологик катализатор(ферментлар) ролини бажариб биокимёвий реакцияларни керакли йўналишда, тезликда, етарли ҳарорат ва босимда боришини таъминлайди. Ферментлар махсуслиги билан фарқланади.

Тадқиқот натижалари ва хулоса. Оқсил молекулаларида биологик ахборотларнинг доимийлиги уларнинг синтези учун матрица сифатида ишлатиладиган нуклеин кислоталар молекулалари ҳисобига эришилади. ДНК да сақланадиган ахборот оқсилга рибонуклеинкислоталар – РНК ёрдамида ўтказилади. Нуклеин кислоталарнинг ўзларида макромолекулалар бўлган оқсиллар ҳақидаги биологик(генетик) ахборотларни сақлаши ва ишлатиши тирикликнинг энг муҳим хоссаси ҳисобланади. ДНК да ирсий ахборотларнинг сақланиши, ҳаёт жараёнида уларнинг оқсилларга ва кейинчалик бошқа биологик тузилмаларга ўтказилиш жараёни барча тирик организмлар учун зарур бўлган генотип ва фенотип кўринишида шаклланади. Генотипдаги бошланғич ирсий ахборотнинг организм ишчи тузилмалари ахборот кўринишига ўтказилиш барча тирик организмлар учун хос бўлган онтогенез-индивидуал ривожланиш жараёнида амалга оширилади. Бу жараёнда тирикликнинг ўсиш хусусияти юзага чиқади.

Тирикликнинг хоссалари: Кимёвий таркибининг бир хиллиги; Структуравий тузилишнинг ягоналиги; Очқилиги; Модда ва энергия алмашинуви; Ўз – ўзини тиклаш; Ўз – ўзини бошқариш ва ҳосил қилиш; Ирсият ва ўзгарувчанлик; Ўсиш ва ривожланиш; Таъсирчанлик; Дискретлилик ва яхлитлик. Тирикликнинг ривожланиш даражаларига : Молекуляр даража; Суб хужайравий даража; Хужайра даражаси; Тўқима даражаси; Орган даражаси; Организм даражаси; Популяция – тур даражаси; Биосфера даражаси; Биосфера даражалари қиради.

Хулоса. Замонавий тиббиёт фани тирикликни ўрганиш соҳасидаги - биологиянинг барча тармоқлари ютуқларига таянади. Одам организмнинг бир бутунлиги ва унда рўй берадиган жараёнларнинг атроф муҳит шароитлари билан уйғунлашган ҳолда рўй беришини чуқур тушуниб етиш, тиббиёт фани ихтиёридаги барча амалий тадбирларни тўла тадбиқ этиб, касалликларнинг олдини олиш ва даволаш имконини беради. Шу билан бирга барча тирик мавжудотлар ичида кенг тарқалган яна бир хосса бор. Улар мавжудотларни маълум бир муҳитда ва муддатда ўзларини мавжудлигини ушлаб туришнинг универсал принципларини шакллантириш ҳисобланади. Бундай хусусиятлардан бири организмларни эволюция жараёнига киритиш ҳисобланади. Шу ҳисобига 3 млрд.дан ортиқ вақт давомида тириклик сақланмоқда. Организмлар

мавжудлигининг иккинчи хусусияти уларнинг ўзаро боғлиқ равишда биоценозлар тиркибига кириши ҳисобланади.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Махматмурадова Н.Н., Норматматов И.З.
Самаркандский Государственный медицинский университет*

Актуальность проблемы. В последние годы увеличение числа интерстициальных болезней легких, требует назначения компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) для пациентов при первичном обследовании. При подозрении на патологию по результатам клинико-рентгенологической картины и исключения других поражений легких.

Цель исследования – установление специфических признаков при неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы исследования. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 83 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией (НИП), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2010-2020 гг. Всем больным были проведены общеклинические стандарты исследования по МКБ-10, кроме того всем сделана компьютерная томография высокого разрешения органов грудной полости.

Результаты исследования. Установлено, что с учетом возраста пациентов, результаты КТВР органов грудной клетки (ОГК) у пациентов с легким течением (НИПЛТ), свидетельствуют о том, что выявляются распространенные участки «матового стекла», а интерстициальный тип инфильтрации легочной ткани был обнаружен у большинства (n=13) пациентов с НИПЛТ. Участки эмфизематозного вздутия (чаще всего центрилобулярная эмфизема у 12-ти пациентов) чередовались с очагами консолидации субплеврально (n=10). У 7 пациентов отмечалось усиление внутридолькового интерстиция, в 6 случаях - Y-образные структуры бронхиол.

В группе пациентов с НИПЛТ интерстициальный тип инфильтрации, участки «матового стекла» преимущественно в центральных отделах легких были отмечены у 13-ти пациентов, а также центрилобулярная эмфизема - у 12-и. Остальные изменения были зарегистрированы с меньшей частотой: усиление внутридолькового интерстиция - у 7-и пациентов, перибронхиальные наложения - у 6-и пациентов, субсегментарные ателектазы - у 4-х больных. Выраженный очаговый пневмофиброз был выявлен у 23-х с со средней тяжестью течения (НИПСТ) и 25-и с НИПТТ (рисунок).

У 45-и больных с тяжелым течением (НИПТТ) также был отмечен интерстициальный тип инфильтрации, участки «матового стекла», которые носили распространенный характер. У 4-х больных была выявлена буллезная эмфизема, еще у 31-го детей - панлобулярная эмфизема. У всех 12-ти было обнаружено усиление междолькового интерстиция, очаги пневмофиброза, очаги консолидации преимущественно в средних и нижних зонах обоих легких, а у некоторых из них в возрасте старше 60 лет был обнаружен диффузный пневмофиброз с формированием картины сотового легкого.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования с применением КТВР 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.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Махматмурадова Н.Н., Нормакматов И.З.
Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. В настоящее время выявлено множество заболеваний, имеющих признаки интерстициальных болезней легких. При этом большое внимание относится своевременной диагностике, особую роль играет рентгенологическое исследование.

Цель исследования – Изучение рентгенологических изменений при неспецифической интерстициальной пневмонии.

Материал и методы исследования. В качестве материала нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 83 больных с неспецифической интерстициальной пневмонией (НИП), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в 2010-2020 гг. Всем больным были проведены общеклинические стандарты исследования по МКБ-10, кроме того всем сделаны снимки обзорной рентгенографии органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях.

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.

С достаточной частотой у пациентов с легким течением (НИПЛТ) обнаруживались следующие изменения: вздутие легочной ткани (n=9), участки повышенной (n=6) и пониженной воздушности легких (n=4), перибронхиальные наложения (n=6) и очаги пневмофиброза/пневмосклероза (n=11). Очаговоподобные тени (мелкоочаговые уплотнения) во внутренних зонах легких выявлены только у 3-х пациентов данной группы.

На рентгенограммах легких у больных со средней тяжестью течения (НИПСТ) усиление легочного (сосудисто-интерстициального) рисунка наблюдалось у почти всех больных (n=56). Деформация легочного рисунка была отмечена лишь у 14-ти, вздутие легочной ткани - у 34-ти детей. У 55-ти больных с НИПСТ выявлены очаговоподобные тени (мелкоочаговые уплотнения) во внутренних зонах легких. Также было отмечено чередование участков повышенной (n=20) и пониженной воздушности легких (n=34). (рис). Перибронхиальных наложений отмечено в 9 случаях. Плевральных осложнений также в 9 случаях, а увеличение сердца за счет правых отделов – у 5 пациентов. В отличие от рентгенологических проявлений у больных с НИПСТ, у пациентов с тяжким течением (НИПТТ) на рентгенограммах грудной клетки наблюдались перибронхиальные наложения (n=11) и очаги пневмофиброза/пневмосклероза (n=33). Усиление легочного (сосудисто-интерстициального) рисунка вплоть до его деформации наблюдалось у всех больных с НИПТТ (n=65). Вздутие легочной ткани было отмечено у 38-пациентов.

Выводы. Таким образом, для больных в группе НИП более характерно усиление легочного (сосудисто-интерстициального) рисунка, чем для в группе с НИПЛТ и

сравнения. Очаговые/инфильтративные тени или очаговоподобные тени более характерны для группы НИПСТ и НИПТТ. Связь между обнаружением очаговых/инфильтративных теней в зависимости от нозологической формы подтверждается корреляционной связью между ними. Только у больных с НИПТТ реже были выявлены очагово-подобные тени (мелкоочаговые уплотнения) во внутренних зонах легких.

ПЕРИПОРТАЛ КАРДИОМИОПАТИЯНИНГ МОРФОЛОГИК БЕЛГИЛАРИ

*Махмиев Д.Н., Орипова О.О.
Самарканд Давлат Тиббиёт Университети.*

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирги кунда кардиомиопатиялар бутун дунёда учраш даражаси бўйича ишончли маълумотлар бор. Кардиомиопатияларнинг айрим турлари географик, irqий ва этник турлари билан ажралиб туради. Тахминан 1-3% ҳомиладор аёлларда ривожланидиган кон томир асоратлари 10-15 % ҳолларда оналар ўлимига сабаб бўлади. Юрак-кон томир касалликлари оналарнинг билвосита ўлмининг асосий сабаби ҳисобланади .

Тадқиқот мақсади: Юқоридагилардан келиб чиқиб, бизнинг ушбу тадқиқотда асосий мақсад қилиб, перипортал кардиомиопатияда юракнинг макроскопик ўзгаришлари, эндокард, миокард, перикарддаги патогистологик қайта тузилишларни ўрганишдир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Юракни макроскопик ва гистологик текширув натижалари шуни кўрсатди: юрак вазни хаддан ташқари ортган, барча бўшлиқлари сезиларли даражада дилатацияланган, миокард юмшаган ва илвиллаган ҳолатда. Юрак вазни ўртача 450-550 г, баъзи ҳолатда еса 750 г гача етган. Тадқиқотларимиз натижасига кўра, юрак қоринчалари вазни ва юрак индекси ўнг қоринчага нисбатан чап қоринчада устун туради. Юқоридаги белгиларнинг намоён бўлиши турли беморларда фарк қилади ва бу касалликнинг кечиш оғирлигига боғлиқ.

Олинган натижалар: Кесимининг 30% дан кўп қисмига тарқалган гидропик дистрофия йўли билан қайтмас ўзгаришга учраган миокард ППКМП учун хос бўлган актив яллиғланиш реаксияси йўқлиги ва кам ифодаланган компенсатор гипертрофия фонида склероз билан алмашинганини кўрамыз. Ҳужайранинг ядроча аппаратида индукция туфайли келиб чиққан хужайра ядроси полиморфизми ва аморфлиги биз изланиш олиб борган ППКМПдага учраган касалларда бу ўзгаришлар ҳам гипертрофияга учраган ўзгаришига кардиомиотцитларда топилган, бу эса ППКМПдаги ядро аппаратининг универсал шикастланишидан дарак беради

Муҳокама қилиш: Асосий белги юрак конфигурациясинг ўзгариши бўлиб, аксариятида шарсимон шаклга кирганлиги аниқланди. Қоринчалар эндокарди деярлик ўзгармаган, унинг қалинлиги чап қоринча деворида 0.5 ммгача етади. 50-60% ҳолларда юрак қоринчаларида тромбоз кузатилиб, бу катта ва кичик кон айланиш доирасида тромбоемболия келиб чиқишининг асосий сабаби саналади. Деворларда тромб ҳосил бўлишининг асосий сабаблари, шаклига кўра юрак соҳасида кон айланишнинг секинлашуви, бундан ташқари гемостаз ўзгариши билан борувчи гиперкоагуляция саналади. Чап ва ўнг қоринча деворида кўп микдорда йўл-йўл оқиш доғлар пайдо бўлиб, булар интрамурал ёки субэндокардиал жойлашган ва улар чандиқ ўчоқлари ҳисобланади Коронар артериялар деярлик ўзгармаган. Гистологик кузатувларда миокардда махсус ўзгариш йўқлиги аниқланди. Мушак толалари одатий тўғри йўналган ҳолатда бўлди. Эътиборни тортадиган жиҳати турли чуқурликдаги кардиомиотцитлардаги дистрофик ўзгариш, некробиоз ва некрозгача бориши кузатилди.

Хулоса.Шундан иборатки препортал кардиомиопатиянинг белгилари: юрак канфигурациясида,булмачалар деворларида узгаришлар,кон айланиш механизми

бузилиш холатлари руй бермасдан тиббий таткикот утказиб олдини олиш зарур хисобланади.

ТОМОҚ МУРТАКЛАРИДА ТИЛЛАРАНГ СТАФИЛАКОККЛАРНИ АНИҚЛАШ ДИНАМИКАСИ

*Маҳаммадиев Б.Ф., Эргашева Д.Ж., Шайкулов Х.Ш.
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети*

Тадқиқот мақсади: СамМИ 1-Клиникалабараториясигамурожаатэтганбеморлартом оқмуртақларимикрофлорасинианиқлашорқалитилларангстафилакоккларни аниқлаш.

Материалларваусуллар: СамМИ 1-Клиникалабараториясининг2021 йил апрел ойидаги қайдномаларжурналимаълумотлари урганилди, шу давр мобайнида клиника лабораториясига мурожат этган 100 нафар эркак ва аёллардан олинган ҳар хил текшириш материаллари таҳлил қилинди ва микробиологик усулларда ажратилган микробларнинг турлари урганилиб статистика таҳлил қилинди.

Урганиш натижалари: 2021-йил 14-апрелдан 24-апрелгача бўлган вақт ичида жами 100 нафар (50 нафар эркак ва 50 нафар аёл) мурожаат этган. Улардан 65 нафаридатоқмикрофлораси микробиологик текширилган. Бунда аёллар 30та (46%) ваяркаклар 35та (54%) ҳолатни ташкил қилган. Мурोजаат этганларнинг ёши бўйича таҳлил этилганда 3 ёшдан 80 ёшгача бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши 31,7ни, аёлларники эса 32,8 ёшни ташкил этди. Томоқдан олинган намуналар микроскопик ва бактериялар текширилганда Стафилакок турига мансуб бўлган бактериялар сони 61 та (61%) эканлиги маълум бўлди, яъни 61 нафар одамда Стафилакокларнинг ҳар хил тури мавжудлиги аниқланди. Жумладан, St.aureus тури 13 нафар (21,3%) одамда: 4 таси эркакларда, 7 таси аёлларда; St.epidermidis тури 41 нафар (67,2%) одамда: 22 таси эркакларда, 19 таси аёлларда; St.saprohyticus тури 7 нафар (11,4%) одамда: 5 таси эркакларда, 2 таси аёлларда аниқланди. Бундан ташқари Грамманфий бактериялар 5 та (7%), (4 нафар (75%) эркаклар ва 1 нафар (25%) аёлларда); Граммусбат бактериялар 3 та (4%) (3 нафар (4%) эркакларда); Грамм бактериялар билан кокклар биргаликда 1 нафар (2%) эркакда; Ачитқизамбуруғи (Candida) 33 та (50,7%), (18 нафар (54,5%) эркаклар ва 15 нафар (45,5%) аёлларда); Ачитқизамбуруғи билан биргаликда кокклар 15 та (23%), (6 нафар (40%) эркаклар ва 9 нафар (60%) аёлларда); стерилizatсияжараёнида эса 3 та (4,6%) ҳолатни қўлланган бўлиб, шулардан 1 таси (33,33%) эркаклар ва 2 таси (66,67%) аёлларда аниқланди.

Хулоса: Хулоса қилиб шуни айтишимиз мумкинки, текширилган жами 100 нафар одамларнинг 61 нафарида Стафилакок аниқланиб, шулардан 13 нафарида (21,3%) St.aureus, 41 нафарида (67,2%) St.epidermidis ва 7 нафарида (11,4%) St.saprohyticus бор эканлиги аниқланиб, аёлларга нисбатан эркакларда бу турдаги бактериялар кўп учраши қайд этилди.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИТОТЕРАПИИ

*Минаваров.Р.А.
Андижанский государственный медицинский институт.*

Лечение лекарственными растениями – фитотерапия является одним из самых старых средств в медицине.

Лечебное действие настоев и отваров из растений основано при заболеваниях пищеварительной системы на их противовоспалительном, седативном, бактерицидном, спазмолитическом, противоболевом или, стимулирующем

воздействием на секреторную или моторную функции желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, гепато-билиарной системы. Обычно используются 5 %, реже 10 % настоек и отвары.

Под динамическим наблюдением находилось 56 женщин в возрасте от 19 до 59 лет. Из них 40 страдали хроническим холециститом. Традиционные методы лечения использовали у 20 (контрольная группа) больных, предложенную комплексную программу реабилитации получили 36 (основная группа) больных.

Всем больным назначали комплексную терапию, включавшую соответствующие режим, диету, лечебную гимнастику, минеральные ванны (традиционная терапия). У больных основной группы такая терапия служила фоновым, базисным лечением. Основным методом лечения этих больных явилась фитотерапия.

Чай с целебными травами Шиповник

Состав: трава амаранта, плоды и цветки боярышника, цветы бессмертника, трава верблюжьей колючки, кукурузные рыльца, трава стевия, листья мяты, трава пол-полы, корень топинамбура, плоды шиповника.

Свойства: желчегонное. **Способ приготовления:** 1 чайный пакетик заваривают 200 мл. кипятка, настаивают 5 – 10 минут. Принимают в тёплом виде 2 – 3 раза в день.

С целебными травами Бессмертник

Состав: цветки бессмертника, листья мяты, плоды шиповника. **Свойства:** мочегонное, желчегонное, поливитаминное. Улучшает обмен веществ. **Способ приготовления:** 1 чайный пакетик заваривают 200 мл. кипятка, настаивают 5 – 10 минут. Принимают в тёплом виде 2 – 3 раза в день.

Преимуществом фитотерапии является то, что применение лекарственных растений в наливном виде не вызывает аллергических реакций и токсических явлений, их можно применять в течение многих месяцев и даже лет, без каких-либо отрицательных воздействий, т.к. со временем не возникает привыкания и не наступает снижение эффективности. Применение вышеуказанных лекарственных растений с целью реабилитации больных с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта позволило уменьшить частоту рецидива, осложнений и улучшить прогноз.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВОБОДНОГОВРЕМЕНИ СТУДЕНТАМИ САМАРКАНДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Наимова З.С., Бобокулова А.К. .

Самаркандский государственный медицинский университет

Образ жизни – критерий, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, рассматривается как вид активной жизнедеятельности человека. В структуру образа жизни наряду с трудовой, хозяйственно-бытовой деятельностью также входит рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой. (Рекреационная деятельность - это один из комплексных видов жизнедеятельности человека, направленный на оздоровление и удовлетворение духовных потребностей в свободное от работы время).

Цель работы: Оценить использование свободного времени студентами медицинского университета с гигиенической точки зрения и дать соответствующие рекомендации по рациональному его использованию.

Материал и методы исследования: Для изучения количества и структуры свободного времени использован метод анкетирования. С помощью анонимной анкеты опрошено 112 студента III курса лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского университета.

Результаты: По данным анкетирования по продолжительности свободного времени контингент студентов неоднороден. При среднем свободном времени, равном 2,4 ч., у 19,7 % опрошенных продолжительность его оказалась менее 1 ч, у 19,3% - 1-2 ч., у 40,1% - 2 - 4 ч., и у 20,9% - более 4 ч. Элементами созидательной деятельности является научное творчество, общественная деятельность, участие в художественной самодеятельности и др. Среди ответивших на анкету 16% занимаются в студенческих научных кружках, в среднем отдавая этой работе $1,74 \pm 0,01$ ч. в неделю. Общественные поручения имеют 67% опрошенных, на их выполнение затрачивается $1,42 \pm 0,01$ ч в неделю. Около 5–6 % студентов занимаются в кружках художественной самодеятельности. С гигиенических позиций целесообразны активные виды деятельности, наилучшим образом обеспечивающие реституцию после учебной работы, физическое совершенствование, улучшение здоровья. Однако значительная часть студентов используют пассивные физически ненагруженные виды деятельности в свободное время. По данным анкетного опроса, 40,1% студентов занимаются физкультурой и спортом в среднем 2 ч. в неделю, только 12,8% - более 3 ч., остальные 47,1% вообще не занимаются физкультурой. Мало студентов занимаются физическими упражнениями: утреннюю гимнастику регулярно делают только 14,9% студентов, нерегулярно – 46,0%. Элементами досуга являются культурные мероприятия (посещение кино, чтение художественной литературы, изучение иностранных языков), общение с товарищами, компьютерные игры и посещение сайтов Интернета. При этом немалая часть свободного времени студента расходуется на просмотр телепередач. Ежедневно 1 час смотрят телепередачи 85,2 % опрошенных. На открытом воздухе, не считая времени на дорогу, студенты проводят в среднем $0,90 \pm 0,01$ часа в день, что значительно ниже гигиенических норм. **Выводы:** Продолжительность свободного времени студентов медицинского университета достаточна, чтобы его рационально использовать для саморазвития и на благо здоровья самого студента. В структуре свободного времени студентов высокий удельный вес имеет отдых с небольшой мышечной нагрузкой, ограничена продолжительность пребывания на свежем воздухе. У значительной части студентов нерационально в гигиеническом отношении организован воскресный и каникулярный отдых, характеризующийся малым объемом двигательной активности. В работе по гигиеническому воспитанию студентов необходимо уделять больше внимания вопросам педагогической и гигиенической значимости свободного времени.

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА.

Нуриддинов А.Н., Сафоева З.Ф.,

Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Актуальность. Педиатры считают постковидный синдром серьезной проблемой, требующей решения, так как пандемия коронавирусной инфекции нового типа стала для медицинского сообщества настоящим испытанием на прочность.

Цель. Цель заключается в том, что после исследований получить определенные знания для предотвращения развития постковидного синдрома. Также, не только предотвратить синдром и болезнь, но и ещё вылечить пациентов без трудностей.

Материалы и методы изучения. Постковидный синдром, также известный как Long COVID - последствия коронавирусной инфекции COVID-19, при которой до 20% людей, перенёсших коронавирусную инфекцию страдают от долгосрочных симптомов, длящихся до 12 недель и дольше. К этим долгосрочным симптомам относятся проблемы, возникающие волнообразно или на постоянной основе: парализующая слабость; одышка, неполный вдох; тяжесть за грудиной; головная боль, боли в мышцах, суставные боли; потеря обоняния, искажение запаха, вкуса; потеря волос, выпадение

зубов, кистозные образования в полости челюстей; резкие скачки давления и пульса, головокружения; нарушения сна, тревога и панические атаки; расстройства желудочно-кишечного тракта, диарея; продолжительное повышение или понижение температуры тела, либо скачки температуры. Чтобы вылечить постковидный синдром, пациентам нужно обратиться в центры реабилитации, так как после постковидного синдрома им требуется восстановительный период.

Вывод. В клиниках семейной медицины созданы все условия для реабилитации пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции. Для этого пациенту необходимо обратиться к терапевту или пульмонологу, который будет куратором на протяжении всего восстановительного периода. Чтобы определить, в каком виде реабилитации нуждается конкретный пациент, перенесший коронавирусную инфекцию, используется специальная шкала реабилитационной маршрутизации.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА ВУЛЬВЫ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ

Полатова Д.Ш.^{1,2}, Наврузова В.С.¹

*Ташкентский государственный стоматологический институт¹,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
онкологии и радиологии²*

Актуальность проблемы: Рак вульвы редкое заболевание и составляет 2-5% злокачественных опухолей женских половых органов и имеет высокий, до 40% уровень смертности. Заболеваемость с раком вульвы растет с 1990-х годов, тем не менее, за последнее десятилетие практически не было предложено нового в диагностике и лечении данной формы опухоли. Одним из главных факторов, влияющих на результат лечения больных со злокачественными опухолями, являются сроки начала лечения после появления первых признаков заболевания. Из-за частого появления злокачественной опухоли на фоне предшествовавших заболеваний уловить момент перерождения опухоли запаздывает. В наших исследованиях 50% случаях раку вульвы предшествовало состояние, в той или иной степени «предраковые», наиболее часто – дистрофическое состояние, такие как атрофический вульвит, диабетический вульвит, лейкоплакия, лишай, шанкр, венерические язвы, грануломы, абсцесс бартолиновых желез.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения и гистологических характеристик при раке вульвы.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленной цели перед настоящей научной работой, нами был проведен анализ результатов обследования и лечения 186 больных с раком вульвы, прошедших лечение в РСНПМЦОиР, МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (Москва, РФ), а также клинике Istinye University (Стамбул, Турция) с 2011 по 2020 г.г.

Средний возраст больных составил $61 \pm 11,7$ лет. Самой молодой больной было 38 лет, самой пожилой 83 года

Результаты исследования: Наиболее часто опухоль поражала большие половые губы что составил около половины всех больных раком вульвы (48,9%), следующим по частоте поражения был клитор, в наших исследованиях данная локализация опухоли встречалась в 13,4% случаях. Больные с мультицентрическим ростом рака вульвы были диагностированы в 22,6% случаях. При этом, рост шел по нескольким близким анатомическим зонам. Опухоль имела вид бугристого разрастания или плоской язвы с валикообразными краями, в некоторых случаях в виде узла в толще тканей вульвы.

Поражение малых половых губ, в область задней спайки встречались 6,9% и 5,9% соответственно.

Реже был диагностирован рак периуретральной зоны 1,6% и у одной только больной был доказан происхождение опухоли из бартолиновых желез. Карцинома бартолиновой железы встречается редко, составил всего 0,5% злокачественных опухолей вульвы. По литературным данным для этой гистологической формы заболевания характерна высокая частота поражения паховых лимфатических узлов.

Выводы: В связи с разнообразием симптоматики рака вульвы и широким спектром доброкачественных заболеваний данной локализации, его по-прежнему трудно диагностировать, в особенности на ранних стадиях. Только комплексный подход к диагностике рака вульвы позволит выявить его на ранней стадии заболевания.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПИЩЕВОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА

Разаков Б.Ю.

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 числа больных раком пищевода, а также требованием более чёткого понимания васкуляризации пищевода в связи с реконструктивными операциями.

Выявленная этапность сосудисто-тканевых взаимоотношений в пищеводе плодов человека, может стать для педиатров-неонатологов основой анализа процесса роста органа, т.к. совершенствование методов лечения эзофагальных нарушений в первую очередь строится на основе предотвращения расстройств микроциркуляции в органе.

Данные по изучению динамики становления гемомикроциркуляторного русла пищевода в процессе роста органа важны для моделирования перинатальной патологии человека.

Проблема образования и роста сосудов является одной из самых важных в биологии и патологии человека.

В пренатальном периоде онтогенеза выявляются как количественные, так и качественные изменения структурных элементов стенок пищевода.

Кровоснабжение пищевода изучается у пациентов в условиях аппаратного исследования кровотока в слизистой оболочке. Подчеркивается важность знания ангиогенеза в пищеводе в связи с опухолевым ростом и метастазированием.

Цель исследования. Изучить становление гемомикроциркуляторного русла стенок 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 пищевode 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 пищевode плодов человека при сохранении целостности сосудисто-тканевых взаимоотношений.

Становление гемомикроциркуляторного русла оболочек пищевode 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 пищевode (с 11-12-недельного срока до рождения плода).

Внутриорганные артерии пищевode плодов равномерно распределяются на всем его протяжении, независимо от числа подходящих внеорганных артерий.

Формирование собственной капиллярной сети слизистой оболочки пищевode человека продолжается до конца внутриутробного развития.

В течение пренатального ангиогенеза в пищевode появляется морфологическая основа регуляции внутриоргального 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 пищевode млекопитающих.

Исследование имеет и практическое значение, реализуемое через внедрение результатов в образовательный процесс, подготовку высококвалифицированных специалистов, научно-лабораторную сферу и медицинскую практику.

Результаты послужат фундаментальной основой для диагностики, планирования и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий при эзофагальной патологии.

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРОЦЕСС КЛЕТЧНОГО СТАРЕНИЯ

Разаков Б.Ю.

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 органомерии 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.

ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА ТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРЕРАБОТКИ ПОЛИЭТИЛЕНА

*Самигова Н.Р., Набиев Х.Р., Аминова А.Б.
Ташкентская медицинская академия*

При изучении этапов технологического процесса было установлено, что процесс переработки полиэтилена осуществляется в нескольких этапах: измельчение использованного полиэтиленового материала в специальных дробилках, затем отделение от твердых мелких примесей и избыточной влаги в центрифугах, после промывка и поступление в сушильные камеры и где полиэтилен сушится, а затем проходит термическую обработку. В результате технологического процесса при термической переработке использованного полиэтилена образуются вредные

производственные факторы, которые характеризуют условия труда работающих как неблагоприятные «вредные». Основными профессиональными группами работающих на изучаемом производстве являются литейщики и машинисты пленочных экструдеров (оборудование для получения полиэтиленовой пленки путем воздействия высокого и низкого давлений). Воздух рабочей зоны загрязняется вредными химическими соединениями, входящими в состав полиэтилена (мономеры соответствующих синтетических смол, катализаторы, растворители, красители, отвердители и др.), образующимися в процессе деструкции при переработке их. Выявлено, что ведущим вредным фактором является загрязнение воздуха рабочей зоны предельными углеводородами, спиртами, сложными эфирами и альдегидами. Так, на рабочем месте литейщиков в результате окисления капролактама содержание бутиролактона превышало в 3-4 раза при ПДК, равной 2 мг/м³ согласно ГОСТ ССБТ 12.1.005-88 «Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны». Следующим не менее важным фактором, характеризующим условия труда, является неблагоприятный нагревающий микроклимат на рабочих местах литейщиков, связанный с использованием термического нагрева с дальнейшим расплавлением полиэтилена. При этом температура воздуха доходит до 43-45°C при низкой относительной влажности воздуха и скорости движения воздушного потока, что не соответствует нормативам СанПиН РУз №0324-16 «Санитарно-гигиенические нормы микроклимата производственных помещений». Кроме того, этот неблагоприятный фактор имеет особое значение в летние месяца теплого периода года, учитывая микроклиматические особенности нашего региона. Следующим вредным фактором производственной среды является производственный шум высокой частоты, источником которого являются экструзионно-литейные машины и агрегаты. Эквивалентный уровень данного колеблющегося шума достигал до 100 дБА при норме 80 дБА согласно СанПиН РУз №0325-16 «Санитарные нормы допустимых уровней шума на рабочих местах». Учитывая данные СанПиН РУз №0141-03 «Гигиенической классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» выполняемая работа рабочих при термической переработке полиэтилена характеризуется физическими нагрузками, большая которых падает на плечевой пояс, вынужденной рабочей позой с наклоном корпуса вперед, определяя высокую тяжесть и обуславливается применением ручного труда при подъеме и перемещении тяжестей, подаче сырья и загрузке его в бункер.. Также немаловажное значение имеет и напряженность трудового процесса, связанная с напряжением зрительного анализатора и ответственностью за выполняемые обязанности.

Таким образом, с учетом выше сказанного можно сделать вывод, что для оптимизации условий труда на производстве по термической переработке полиэтилена необходимо обязательно принимать во внимание как особенности технологического процесса, технические характеристики оборудования, так и уровни неблагоприятных факторов на постоянных рабочих местах, время их воздействия, наличие санитарно-технических установок и систем (вентиляции, кондиционирования воздуха, отопления, шумоизоляции и т.д.). Особое значение имеет разработка медико-профилактических мероприятий, направленных на снижение риска развития производственно-обусловленных заболеваний и увеличение соматических заболеваний.

СТАТИСТИКА СУИЦИДОВ ПО СТРАНАМ МИРА

*Салиева М.Х., Топволдиев М., Мирзаева М.М., Бутаханов Ф.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Суициды-важный индикатор состояния и развития общества, эффективности политических, экономических и социальных преобразований. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется более 800 000 самоубийств. В среднем, каждые 40 секунд в мире один человек погибает от суицида. В реальности, цифры могут быть намного больше, поскольку в странах с низким и средним уровнем доходов, не все случаи самоубийства могут быть квалифицированы таковыми по разным причинам. Согласно существующим данным, на эти страны приходится примерно 75% всех самоубийств в мире

Цель исследования. Проведен анализ суицидов по некоторым странам мира, согласно литературных данных.

Материал и методы. В республиках Центральной Азии ситуация тревожнее всего в Казахстане, который входит в категорию стран с наибольшим количеством самоубийств. Уровень суицида в Казахстане вдвое превышает уровень в Кыргызстане, который идет вторым в Центральной Азии по данному показателю.

Результаты и их обсуждение. Самый высокий показатель в регионе – у Казахстана. В этой стране индикатор суицидов составил 22,5 на 100 тысяч человек (2016 г.). В Кыргызстане показатель равен 8,3, в Узбекистане – 7,4. ВОЗ, ООН относит Узбекистан к числу стран с наименее низким числом самоубийств - меньше 10 на 100 тысяч человек. Согласно статистике, в Центральной Азии в Таджикистане меньше всего склонны к суициду – данный уровень в Таджикистане почти в пять раз меньше, чем в Казахстане, и в два раза меньше, чем в Узбекистане. На четвертом и пятом местах – Туркменистан и Таджикистан, там индикаторы составили 6,7 и 2,5. Больше всего самоубийств совершают в Литве, России и Гайане, меньше всего – в Антигуа, Барбуде, Барбадосе и на Багамских островах.

В глобальном масштабе мужчины больше склонны совершать самоубийства. В богатых странах мужчины в три раза чаще, чем женщины, идут на суицид, а в небогатых странах количество женщин, совершающих самоубийство, резко возрастает. Центральная Азия не является исключением из правил, и в регионе мужчины больше убивают себя, чем женщины. В Казахстане и Кыргызстане соотношение ниже – на каждые шесть мужчин, убивающих себя, приходится всего одна женщина. Труднее всего, по статистике, приходится таджикским женщинам, где на каждые трое мужчин, совершающие суицид, приходится две женщины.

В Узбекистане плотно занимаются профилактикой самоубийств. Правоохранителей обязали незамедлительно сообщать в психиатрические службы о каждом случае попыток суицида, это предусмотрено в Постановлении Президента "О мерах по коренному совершенствованию системы оказания психиатрической помощи".

Причин, толкающих людей на добровольный уход из жизни, может быть много – и экономические, и социальные, и культурные факторы могут повлиять на решение человека.

Выводы. Самоубийства – серьезная проблема общественного здравоохранения; однако их можно предотвращать своевременным принятием научно обоснованных и зачастую недорогостоящих мер вмешательства. Для обеспечения эффективности национальных мер реагирования требуется всеобъемлющая межсекторальная стратегия профилактики самоубийств. В рамках концепции ВОЗ по профилактике самоубийств рекомендуются следующие эффективные меры: ограничение доступа к средствам самоубийства (пестицидам, огнестрельному оружию, некоторым лекарствам); взаимодействие со средствами массовой информации для обеспечения

ответственного освещения самоубийств; развитие социальных и эмоциональных жизненных навыков у подростков; раннее выявление, обследование, ведение и последующее сопровождение всех лиц, страдающих суицидальными формами поведения.

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ

*Салиева М.Х., Бутаханов Ф., Мирзаева М.М., Топволдиев М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Ежегодно в странах мира более 700 000 человек кончают жизнь самоубийством. На каждое самоубийство приходится значительно больше попыток самоубийства. В общей массе населения наиболее серьезным фактором риска самоубийства является ранее совершенная попытка суицида. Самоубийства являются четвертой по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15–19 лет. В странах с низким и средним уровнем дохода совершается 77% мирового числа самоубийств. Число суицидов в мире за 20 лет сократилось на 36 процентов, однако они по-прежнему являются одной из главных причин смерти в мире. В результате самоубийств ежегодно умирает больше людей, чем от ВИЧ, малярии и рака груди. В ВОЗ напоминают, что чаще всего в результате самоубийств умирают люди в возрасте от 15 до 29 лет. Главными причинами смерти среди подростков и молодежи являются дорожно-транспортные происшествия, туберкулез и насилие, суицид – на четвертом месте.

Цель исследования. Изучить меры профилактики самоубийств в различных странах мира и рекомендации ВОЗ. К числу наиболее распространенных методов самоубийства в мире относятся употребление пестицидов, повешение и суицид с применением огнестрельного оружия.

Материал и методы. Нами изучены в этом плане литературные источники стран мира.

Результаты и их обсуждение. Ежегодно 703 000 человек кончают жизнь самоубийством, а значительно большее число людей совершают попытки лишить себя жизни. Нужно понимать, что существующая статистика показывает приблизительную картину. Каждое самоубийство – трагедия, которая сказывается на жизни семей, общин и целых стран и имеет долгосрочные последствия для близких погибшего. Самоубийства совершаются людьми самых различных возрастных групп и в 2019 г. являлись четвертой по счету причиной смертности среди лиц в возрасте 15–29 лет во всем мире. Самоубийства происходят не только в странах с высоким уровнем дохода – этот глобальный феномен характерен для всех регионов мира. Это подтверждается тем, что более 77% самоубийств в мире произошли в странах с низким и средним уровнем дохода (2019 г.). Для эффективной реализации стратегий профилактики самоубийств требуется повысить качество эпиднадзора и мониторинга самоубийств и суицидальных попыток. Тема суицида считается запретной в некоторых странах, где в связи с этим случаи суицида могут замалчиваться или регистрироваться как непреднамеренные травмы. Информация по каким-то странам и вовсе отсутствует. Вследствие всего этого предполагается, что данные по количеству самоубийств в мире могут быть занижены. По Казахстану (2020 г.) самым распространённым фактором стало «одиночество с чувством отверженности» — 186 случаев из 3515. На втором месте идёт «тяжелое материальное положение» — 138 из 3515. А на третьем месте располагаются «тяжёлые соматические заболевания» и «разрыв семейных отношений» — 86 случаев из 3515. Если смотреть в гендерном разрезе, первые два фактора для мужчин остаются теми же, а на третьем месте оказывается именно разрыв семейных отношений. А вот у женщин третье место занимают «тяжёлые соматические заболевания». Если смотреть на

ситуацию с подростками, то в этой возрастной группе преобладают такие факторы как «конфликтные отношения с родственниками» и «конфликтные отношения с родителями».

Выводы. Профилактика самоубийств не получает достаточного внимания из-за недостаточной осведомленности о самоубийствах как о серьезной проблеме общественного здравоохранения, а также из-за того, что во многих обществах существует табу на открытое обсуждение этой проблемы. На сегодняшний день лишь небольшое число стран включили профилактику самоубийств в число приоритетов здравоохранения, и только 38 стран сообщили о наличии национальной стратегии по предотвращению самоубийств.

В ВОЗ отмечают, что самый удачный возраст для приобретения подростками социально-эмоциональных навыков – это период с 10 до 19 лет. Почти половина всех психических расстройств возникает у людей именно в этой возрастной группе.

В этот период особенно важно следить за эмоциональным состоянием подростка и предоставлять ему необходимую поддержку. Доверительные беседы с родителями и учителями, защита от издевательств в школе и интернете, профессиональные советы психологов – все это помогает предотвращать суициды.

БУЮК МУТАФАККИР АБУ АЛИ ИБН СИНО ЎГИТЛАРИНИНГ ОИЛА ВА ЁШЛАР ТАРБИЯСИДАГИ АҲАМИЯТИ

*Сапиохунова Х.М., Салиева М. Х.
Андижон давлат тиббиёт институти*

Мавзунинг долзарблиги. Замонамиз ёшларининг юксак ахлоқий фазилатлар руҳида тарбиялашда, комил инсон бўлиб жамиятимизни юксалтиришда, юртимиз равнақида, мустақиллигимизни мустаҳкамлашда буюк мутаффакирлар фикрларининг аҳамияти ниҳоятда катта. Тарбия сўзининг ортида Ватан, миллат тақдири турибди. Ота-оналарнинг педагогик маданиятини ошириш, фарзанд тарбияси борасидаги бурч ва масъулиятини ошириш муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади.

Мавзунинг максади. Ёшларни ўқитиш ва тарбиялаш жараёнида асосий вазифалардан бири уларнинг онгига миллий қадриятларимизни сингиришдир. Буюк мутаффакирлар Имом Ал Бухорий, Ибн Сино, Беруний, Мирзо Улуғбек, Алишер Навоий, Мирзо Бобурлар ўзларининг ёрқин фикр мулоҳазаларини ёшлик даврларидан бериб келган. Хозирги ёшлардаги юксак қобилият, билимга чанқоқлик ва талант қонқонимизга сингиб кетганлиги бежизга эмас. Ҳақиқатдан ҳам Ўзбекистон қадимги цивилизация ўчоғи ва буюк мутаффакирлар яшаб, ижод қилган юртдир.

Материал ва услублари. Ахлоқ-одобни юксалтириш, инсоний фазилатларни шакллантиришга катта маънавий аҳамият касб этадиган буюк мутаффакир Абу Али Ибн Синонинг таълимотлари ғоят ҳаётий сабоқлардир. Машҳур қомусий аллома ва мутаффакир Ибн Сино (980-1037 йил) ўзидан бой интеллектуал мерос қолдирди. Ибн Синонинг қатор асарларида жумладан “Табиат дурдонаси” (“Қуроzi-йэ табиат”) “Оила тадбири” (“Тадбир-э манзил”), “Ишқ рисоласи”, “Мантиқ рисоласи”, “Ахлоқ рисоласи” қабиларда табиатнинг турли ҳодисалари, ижтимоий ҳаётнинг ўзига хос муаммолари – инсон мақоми бахт-саодатга эришишнинг восита ва йўллари, адолат, комил инсон, шахс ва жамият, жамоани оқилона бошқариш, табиат ва инсон тўғрисидаги ғоялар аҳамиятга молиқдир.

Натижадар ва таҳлил. Боланинг тарбияси онанинг ҳомиладорлигиданоқ бошланади. Оиладаги шарт-шароитлар, меҳр-муҳаббат, атрофдагиларнинг муносабатлари боланинг тарбиясида жуда катта роль ўйнайди. Болани доим яхши хулқлар ва одоблар асосида тарбиялаш лозим чунки ёмон феъл – атворлар ва нафратли одатлар болани бузади, улардан болани четлаштириш лозим. Бу мақсадга эришиш учун мураббий болани

қилган ишлари учун ёки мақтайди, ёки четлаштиради, ёки жирканч ва ёмон ишлардан кўрқитади, қочиради ёки яхши хулққа одатлантиради ва хайрли ишларга чорлайди. Алломанинг фикри бўйича, “болага илм ва одобни биринчи навбатда ўргатиш лозим тажрибали, фахм – фаросатли, диндор одобли киши бўлиши шарт. Мактабда, одоб ва ахлоқ эгаларидан бўлган ҳурматли кишиларнинг фарзандлари билан дўстлашиб, бир биридан ёрдамни аямасдан ўқиши лозим. Биринчи навбатда (она) тили ва Қуръони Каримни, сўнг яшаш тарзи услуби ва маблағ топиш йўлларни, ҳуқуқларни ва санъатни ҳар бир киши ўзининг интилишига мос келадиган соҳани ўрганишга интилади” деб аллома ёзади. Шу сабабдан шогирдларнинг хоҳишини инобатга олиш зарур. Фарзандни касбга йўналтириш ҳақида мутафаккир қуйидаги фикрларни билдиради. Биринчидан, турмушини таъминлашда ўз санъатидан фойдаланишнинг лаззатини татиб кўрганда у ишининг манфаати ва қондасига кўра ўз санъатига муҳаббати ошади ва муносабати ўзгаради уни такомиллаштиришга ҳаракат қилади. Иккинчидан ўз турмуш тарзини тўла таъминлашдан олдин масъулиятни ўз зиммасига олади.

Хулоса: Ибн Синонинг таълим-тарбия, одоб-ахлоқ ҳақида ҳикматлари: “Ҳақиқатни очинглар, тўғри йўлдан юринглар; бир-бирингиздан илм ўрганиб, камол топишингиз учун дил пардасини очиб ташланглар. Яхши ва ёмон хулқнинг ҳаммаси шароит, тарбия, одатланиш натижасида вужудга келади. Яхши хулққа ҳам одат туфайли эришилади. Киши учун энг фойдали, дилни ёритувчи нарса қаноатдир. Энг зарарли ва нафратли нарса хирс ва ғазабдир”.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ

Сапиохунова Х.М., Ходжаахматова Р.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) включает в себя следующее: представление детей о здоровье, гигиеническое воспитание и обучение, развитие осознанной мотивации здорового образа жизни (ЗОЖ) у молодого поколения, повышение уровня знаний в области охраны здоровья, обеспечение здоровой среды, медицинской грамотности, культуры и активности.

Цель исследования. На основе привития навыков и услуг по охране здоровья, популяризация ЗОЖ с развитием эффективного партнерства с родителями, педагогами, работниками здравоохранения, молодёжными организациями, махаллинскими комитетами и неправительственными организациями популяризировать ЗОЖ.

Материал и методы. По оценкам специалистов, здоровье людей зависит на 50-55 % именно от образа жизни, на 20 % - от окружающей среды, на 18-20 % - от генетической предрасположенности, и лишь на 8 - 10 % - от уровня развития здравоохранения. Нами дан анализ элементов здорового образа жизни.

Результаты и их обсуждение. Элементами здорового образа жизни (ЗОЖ) являются: -воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков; -создание безопасной и благоприятной окружающей среды для обитания, формирование знаний о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье человека; -отказ от вредных привычек: курения, потребления наркотиков, алкоголя; здоровое питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов; -физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения (например, фитнес), с учётом возрастных и физиологических особенностей; -соблюдение правил личной и общественной гигиены, владение навыками первой помощи; -профилактика болезней.

Здоровое питание должно включать соблюдение пяти принципов: 1. разнообразие рациона с преобладанием растительно-молочных ингредиентов; 2. соблюдение режима питания; 3. правильные способы обработки и приготовления пищи; 4. исключение переедания; 5. знание и учёт калорийности и химического состава при приготовлении пищи. Общую калорийность суточного пищевого рациона целесообразно распределять следующим образом: завтрак – 25 %, второй завтрак – 15 %, обед – 35 %, ужин – 25 %. При трёхразовом питании рекомендуется на завтрак 30 % суточного рациона, на обед – 45 %, на ужин – 25 %. Одно из главных условий здорового образа жизни – здоровый сон. Подросткам в возрасте 13-16 лет следует спать 9,5 часов в сутки, подросткам в возрасте 16-18 лет – 8,5 часов, для полноценного сна взрослого человека должно отводиться не менее 8 часов в сутки. Треть жизни человек проводит во сне и во время сна восстанавливаются силы организма и работоспособность, снимается эмоциональное напряжение и чувство тревоги, возвращается бодрость. Развитие навыков ЗОЖ в здоровьесберегающей среде: дошкольных учреждениях, школах с привлечением персонала, родителей, детей, школьников, работников здравоохранения, молодёжных организаций, махаллинских комитетов и неправительственных организаций путём внедрения инновационных технологий с использованием интерактивных тренингов, акций с использованием викторин, работа в малых группах с закреплением полученных знаний, проведение мероприятий и конкурсов, показов тематических видеороликов и видеофильмов, слайдов.

Выводы. Привлечение родителей, воспитателей, детей, учителей, школьников, врачей будет способствовать формированию у молодого поколения и населения мотивации к ведению ЗОЖ, что приведёт к положительной динамике показателей здоровья.

АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗА

Сапиохунова Х.М., Юсупов К.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день актуальным является вопрос исследования профессионального здоровья преподавателей высшей школы.

Цель исследования. В профессиональной деятельности сотрудников образовательной сферы существует немало факторов, влияющих на состояние здоровья. Высокие требования общества к личностно-профессиональным качествам преподавателей, недостаточное внимание государства к сохранению и поддержанию здоровья, низкая оценка обществом труда, необходимость постоянно совершенствовать уровень самообразования, вести научную, исследовательскую, проектную деятельность приводят к постоянному чувству усталости у учителей, преподавателей.

Материалы и методы исследования. Специфика профессиональной деятельности сотрудников образовательной сферы ставит вопрос о рассмотрении связи состояния здоровья человека с условиями его профессиональной деятельности, актуальной задачей для сохранения здоровья специалистов обучающихся профессий является изучение особенностей профессионального здоровья, а именно факторов, критериев, средств профилактики и методов его коррекции в деятельности преподавателя.

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день научные исследования по разработке данной темы активно ведутся во всех странах. Нами проведен теоретико-методологический анализ работ, отражающих состояние изученности проблемы сохранения и укрепления профессионального здоровья в педагогической деятельности. Рассмотрим основные его результаты. Впервые проблему профессионального здоровья в педагогической деятельности обозначила Л.М. Митина [1998, 1999] в соавторстве с

О.А. Анисимовой [2005]. Под профессиональным здоровьем учителя они понимают «способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность, эффективность и развитие его личности во всех условиях протекания профессиональной деятельности» По словам авторов, необходимость изучения здоровья учителей обусловлена тем, что профессиональное развитие педагога напрямую связано с состоянием его здоровья: «факторами развития и профессионального долголетия учителя являются интегральные характеристики его личности»: направленность, компетентность и гибкость; они рассматриваются авторами как факторы профессионального здоровья преподавателя. Исследователями отмечается, что психологический аспект рассмотрения профессионального здоровья предполагает учет такой его характеристики как многоуровневость. Авторы приходят к выводу о том, что для того, чтобы достичь гармонизации личности, профессионального развития педагога, улучшить его профессиональное здоровье, тем самым продлив его профессиональное долголетие, необходимы мероприятия, направленные на личностное развитие педагога, повышением профессионального самосознания личности. Чтобы быть здоровым, педагог должен чувствовать себя личностью, «хозяйном жизни, способным проектировать свое будущее» Одной из первых работ по изучению профессионального здоровья преподавателей высшей школы является работа З.Ф. Дудченко (2003). Профессиональное здоровье автором рассматривается с двух точек зрения: здоровье как отсутствие заболеваний и здоровье как уровень активности субъекта. В зависимости от выбранного подхода к профессиональному здоровью, считает автор, существуют и разные методы его поддержания (избегание риска или поддержание активности организма). З.Ф. Дудченко выделены две группы преподавателей в зависимости от психологического содержания их профессиональной деятельности: «когнитивные» (например, математики, преподаватели информатики и т.д.) и «коммуникативные» (преподаватели общемедицинских, психологических дисциплин, русского языка и др.). Большинство авторов отмечает необходимость профилактических мер по поддержанию профессионального здоровья учителей и педагогов. Ставится вопрос о важности разработки и реализации здоровьесберегающих технологий в педагогической деятельности (Россошанская Н.С., Жуков О. Ф., 2011; Герьянская Н.О., 2010; Кригер Е.Э., 2010; Мацулевич С.Т., 2010; Метелица А.С., 2010; Мешко Г.М., 2010; Розуменко, 2010; Рыкова Т.М., 2010; Шатрова Е.А., 2009; Сагирова С.С., 2007; Калина И.Г., 2006; и др.). При этом здоровьесберегающая компетентность педагога определяется как «уровень сформированности в когнитивной, психоэмоциональной и деятельностной сфере учителя здоровьесберегающих образований», критериями сформированности которой выступают стремление к саморазвитию, саморегуляции, самоконтроль и осознание смысла жизни и деятельности. Выделяется ряд основных моделей, которые могут быть использованы в сбережении и развитии профессионального здоровья (Кригер Е.Э., 2010): адаптационная (коррекция личностной дезадаптации), акмеологическая (запуск новых продуктивных механизмов, обеспечивающих формирование способности к собственному развитию, интересов быть здоровым) и культурологическая (формирование культуры профессионального здоровья).

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

ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сапиохунова Х.М., Мирзаева М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. 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.

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

1. Принцип ответственности за свое здоровье: только разумное отношение к здоровью позволяет человеку на долгие годы сохранить бодрость, высокую работоспособность, социальную активность и достичь долголетия. 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 .

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – КАК ИСТОЧНИК УЛУЧШЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стратегической целью в настоящее время является улучшение состояния здоровья населения путем повышения реальной доступности медицинской помощи для широких слоев населения и приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества. Одним из показателей оценки качества медицинской помощи служит удовлетворенность ею пациентов. Постоянно растущий объем получаемой пациентами информации в вопросах организации и оказания медицинской помощи способствует тому, что в лечебные учреждения приходят грамотные пациенты,

которые предъявляют обоснованные требования к качеству оказываемой медицинской помощи.

Цель исследования. Однако до сих пор изучению потребности и удовлетворенности медицинской помощью, оказываемой в первичном звене сельского здравоохранения, уделяется мало внимания. Мнение пациентов о медицинском обслуживании - важный критерий при оценке деятельности медицинских учреждений.

Этот субъективный критерий отражает конкретные достоинства и недостатки в организации лечебно-диагностического процесса и способствует принятию адекватных действий руководством учреждения.

Материал и методы. Для определения удовлетворенности пациентов качеством ПМСП, нами была составлена анкета, включающая 41 вопрос, касающийся как профессиональных, так и личностных качеств ВОП и проведён опрос пациентов, которым оказана ПМСП в медицинских учреждениях сельского района.

Результаты и их обсуждение. В анонимном анкетировании приняли участие 70 пациентов. Среди опрошенных женщины составляют – 58,6%, мужчины – 41,4%. 75,7% пациентов болели острыми и хроническими заболеваниями. Свои заболевания в 55,7% случаев связывают с высокой стоимостью необходимой медпомощи, отсутствием нужных лекарств, недостаточной компетенцией медперсонала, недостаточным сервисом медицинских услуг первичной медико-санитарной помощи, в 44,3% случаев - с материальными трудностями семьи, плохими условиями быта, неблагоприятными условиями труда.

Основная масса пациентов (45,7%) обращалась за медпомощью вначале заболевания, 18,6% - по вопросам профилактики и здорового образа жизни, такое же количество - после самолечения, 17,1% - в тяжёлых случаях. В течение последнего года 74,3% пациентов посетили ВОП от 1 до 5 раз и более и лишь 25,7% - не посетили, разница существенна ($P < 0,05$). Необходимо отметить, что лишь 27,1% пациентов полностью удовлетворены работой ВОП, 42,8% - не в полной мере, 20,1% - не удовлетворены работой ВОП. Пациенты считают, что на качество работы врача общей практики в первую очередь влияет неудовлетворительная организация рабочего места, недостаточная оснащённость необходимым оборудованием (45,7%), низкая квалификация врача (32,9%), очередь на приём (17,1%) и другие (4,3%).

Атмосферу и микроклимат в лечебном учреждении пациенты оценивают так: доброжелательность и терпимость в 67,2%, безразличие к пациенту, атмосфера напряжённости и недовольства в 32,8%. 87,3% пациентов дают положительную оценку деятельности медицинских учреждений села.

Выводы. Необходимо отметить, что свою медицинскую активность пациенты связывают в 41,4% с доступностью мед. помощи, в 40% - с медицинской культурой, знанием вопросов профилактики и здорового образа жизни, в 18,6% - с традицией семьи.

У пациентов чаще встречается низкая медицинская активность (37,2%), высокая и средняя медицинская активность наблюдается одинаково часто: по 31,4%.

НУРЛАНИШНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИ ОРГАНИЗМИГА ТАЪСИРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ТАВСИФИ

Тухтаева Х.Х., Хамдамов Б.З.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Актуаллик. Ўтқир нурланиш - ионланувчи нурланиш частотаси ва давомийлигига боғлиқ бўлиб, аъзоларнинг нурланиш сезгирлигига қараб турли даражада ривожланади. Ўтқир нурланишда энг сезгир аъзолар иммун тизими аъзолари, ошқозон-ичак тракти шиллиқ қаватлари, экзо- ва эндокрин безлар, жинсий безлар

ҳисобланади. Радиацияга сезгирлиги паст бўлган аъзоларга юрак, буйрак, жигар, бош ва орқа миялар, суяк тўқимаси, бўғимлар киради.

Илмий-тадқиқот ишининг **мақсади** ўткир нурланишнинг тажриба ҳайвонлари иммун статусига таъсирини аниқлаш ҳамда биокоррекциянинг ушбу жараёнга таъсир даражасини кўрсатишдан иборат бўлди.

Материал ва усуллар. Ушбу мақсадни амалга ошириш учун 60 та вояга етган, оғирлиги 160-180 граммни ташкил этган, эркак жинсига мансуб оқ зотсиз каламушлар тадқиқотларга жалб этилди. Лаборатория ҳайвонлари нисбий намлик (50-60%), ҳарорат (19-22⁰C), 12 соат қоронғулик ва 12 соат ёруғлик режимида стандарт виварий шароитида пластик қафасларда сақланди. Лаборатория ҳайвонларини парваришлаш Нуралиев Н.А. ва ҳаммуал. тавсиялари асосида амалга оширилди. Лаборатория ҳайвонлари билан ишлашда биологик хавфсизлик қоидалари ва лаборатория ҳайвонлари билан ишлашнинг этик тамойилларига қатъий риоя қилинди.

Барча лаборатория ҳайвонлари куйидаги гуруҳларга бўлинди: асосий гуруҳ - стандарт виварий рациониди бўлган, 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган оқ зотсиз каламушлар (n=30); назорат гуруҳи - стандарт виварий рациониди бўлган, ўткир нурланиш олмаган интакт оқ зотсиз каламушлар (n=30).

Асосий гуруҳ ўз навбатида 2 та кичик гуруҳчага бўлинди: 1а гуруҳча - 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган, стандарт виварий рационига биокоррекция сифатида “Lactopropolis-AWL” биологик фаол қўшимчаси қўшилган оқ зотсиз каламушлар (n=15); 1б гуруҳча - 5 Грей миқдорида бир марталик ўткир нурланиш олган, биокоррекция қилинмаган оқ зотсиз каламушлар (n=15).

Тажрибада лаборатория ҳайвонларини нурлантириш АГАТ-Р1 (Эстония) гамма-терапевтик аппарати ёрдамида амалга оширилди, унда нурланиш манбаси Со-60 бўлди. Ҳайвонларни нурлантириш билан боғлиқ тадқиқотлар ЎЗР ССВ Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий маркази Бухоро филиалида ўтказилди.

“Lactopropolis-AWL” препарати барча лаборатория ҳайвонлари оғирлигидан келиб чиққан ҳолда, ҳар куни эрталаб берилди. Ўткир нурланиш олганларга 20 кун давомида препарат берилиб, охириги куни нурлантирилди ва ундан кейин 5-кунда жонсизлантирилиб, иммунологик тадқиқотлар ўтказилди. “Lactopropolis-AWL” биологик фаол қўшимчаси таркиби *Lactobacillus rhamnosus* 925, *Enterococcus durans* пробиотик бактериялари ва прополис биологик фаол бирикмалари экстрактидан иборат бўлиб, антимикроб, иммуностимулловчи, яллиғланишга қарши хусусиятларга эга (ЎЗР ФА Микробиология институти ва “AllWellLab” МЧЖ маҳсулоти).

Лаборатория ҳайвонлари иммун тизими ҳолати CD-дифференцияловчи ва активацияловчи антигенлар экспрессияси бўйича баҳоланди. Имунокомпетент ҳужайраларнинг куйидаги маркёрлари аниқланди: CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+-, CD20+-, CD95+-лимфоцитлар. CD рецепторларнинг экспрессияси Гариб Ф.Ю. ва ҳаммуал. (1995) усули бўйича «Сорбент» МЧЖ (РФ) ишлаб чиқарган ЛТ серияли моноклонал антителолар ёрдамида розетка ҳосил қилиш реакциясида ўтказилди. Иммунорегуратор индекс (ИРИ, CD4+/CD8+) ҳисобланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ўткир нурланиш таъсирини ўрганиш учун авваламбор ушбу таъсирга чалинмаган интакт оқ зотсиз эркак каламушлар иммун тизимининг асосий кўрсаткичлари ўрганилди ва натижалар таҳлил қилинди, жами 9 та кўрсаткич талқин ва таҳлил қилинди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, организм иммун тизимининг таҳлил қилинаётган имунокомпетент ҳужайралари, Т-лимфоцитлар (CD3+-ҳужайралар) ҳамда уларнинг асосий субпопуляцияларида (CD4+ ва CD8+-ҳужайралар) ўзгаришлар турлича тус олди. CD3+-ҳужайралар нисбий ва миқдорий параметрларида назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишонарли даражадаги пасайиш кузатилди. Рақамлар кесимида келтирадиган бўлсак, CD3+-ҳужайралар камайиши 1,58 мартани ташкил этган бўлса (P<0,001), CD4+-

хужайралар нисбий миқдори 1,43 мартагача камайгани аниқланди ($P<0,05$). CD8+-хужайралар нисбий миқдори бўйича тескари манзара гувоҳи бўлди - ушбу хужайралар асосий гуруҳда назоратга нисбатан ишонарли равишда ошгани эътироф этилди - 1,40 мартага ($P<0,05$).

Натижалар бир бирдан ишонарли даражада тафовутланмаса ҳамки, ўткир нурланиш олган оқ зотсиз каламушлар CD20+-хужайраларида интакт лаборатория ҳайвонларига нисбатан кўпайиш тендецияси кузатилган. Бу ҳолат иммун тизим Т-бўғинидаги ўзгаришлар В-тизимга нисбатан тез ривожланишини, В-бўғин иммун тизимда вужудга келадиган дефицитни тўлдиришга интилишини кўрсатди. Мутлоқ кўрсаткичлар бўйича нисбий параметрлардан фарқ қилувчи натижалар олингани эътиборли, назорат гуруҳидаги маълумотлар асосий гуруҳдан юқори бўлди ($P<0,001$).

Иммун тизими махсус бўлмаган ҳимоя воситаларига кирувчи CD16+-хужайралар антигенга боғлиқ бўлмаган ҳолда кўпайиб организмда ҳосил бўлган аллоген ва ксеноген табиатли хужайралар, ўсма хужайраларини аниқлаш ва йўқотиш вазифасини бажаради. Ташқи таъсирлар (нурланиш) натижасида ҳосил бўлган ўсма хужайраларини йўқотиш зарурати бўлганда улар миқдори кўпайиб, фаолияти кўпайишини ҳисобга олсак, CD16+-хужайралар миқдорий ва нисбий ўзгаришларининг ҳаққоний сабаблари маълум бўлади. Кузатувларда ўткир нурланиш олган лаборатория ҳайвонларида ушбу хужайралар нисбий параметри назорат гуруҳига нисбатан ишонарли ошгани кузатилди - 1,35 мартага, ($P<0,05$). Мутлоқ кўрсаткичлар орасида ишонарли тафовут аниқланмади ($P>0,05$). CD95+-рецептор апоптоз рецепторларидан бири бўлиб, иммун тизимининг барча хужайралари юзасида экспрессия бўлади ва иммун тизими фаолиятининг назоратида (регуляция) иштирок этади. Тадқиқотларимизда CD95+-хужайралар нисбий миқдори назорат гуруҳига мансуб оқ зотсиз каламушларда ишонарли равишда пасайган - 1,51 мартага, $P<0,05$.

Ишнинг кейинги босқичида ўткир нурланиш олган тажриба ҳайвонларига биокоррекциянинг иммун тизим хужайраларига таъсир даражасини баҳолаш бўлди.

Биокоррекция “Lactopropolis-AWL” препарати билан ўтказилди, у лаборатория ҳайвонлари оғирлигидан келиб чиққан ҳолда ҳар куни эрталаб берилди. Бунда шу препарат 20 кун давомида берилиб, охири куни ўткир тотал нурланиш бир марта 5 Грей дозада амалга оширилди, нурланишдан кейин 5 - кунда лаборатория ҳайвонлари жонсизлантирилиб, қони олинди ва иммунологик тадқиқотлар ўтказилди.

Ишонарли нисбий кўрсаткичлар лимфоцитлар умумий миқдори ($P<0,05$, ўсиш 1,26 мартага), CD3+-хужайралар сони ($P<0,05$, ўсиш 1,25 мартагача) ҳамда CD95+-хужайралар миқдори ($P<0,05$, ўсиш 1,31 мартагача) бўйича кузатилмади. Ўткир нурланиш таъсирига биринчи бўлиб таъсирланган хужайралар биокоррекция ўтказилгач, таъсирчанлиги қисман камайганлиги кузатилди.

Хулоса.

1.Ўрганилган 9 та иммунокомпетент хужайралар мутлоқ миқдорларида (100%) ишонарли ўзгаришлар кузатилади.

2.Ўткир нурланишгача биокоррекция ўтказилган лаборатория ҳайвонлари гуруҳи кўрсаткичлари, биокоррекция ўтказилмаган оқ зотсиз каламушларга нисбатан иммун тизими хужайраларининг ижобий томонга силжиши 1,17 мартадан 2,03 мартагачани ташкил этди.

ТАЖРИБА ХАЙВОНЛАРДА ГИПОТИРЕОЗ ХОЛАТИНИ НОСПЕЦИФИК
ИММУН ФАКТОРИ ВА КОНДА АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА
ТАСИРИ

*Умматалиев Д.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти Умумий жаррохлик кафедраси,
Тошкент Тиббиёт Академияси патафизиология кафедраси.*

АКТУАЛЛИГИ. Охирги даврларда эндокрин касалликларига экологияни, рухий зуриқишларни ва б. ка факторларни тасирини профилактикаси камлиги туфайли гипо –гипертиреозни ортиб бориши кузатилмоқда. Куплаб изланишларга карамасдан, организмни курашиш хусусиятига эндокрин безларини гормонларини тасирини урганиш актуаллигича колмоқда

Шу нарса фанга маълумки иммун системани нормада ва хар хил касалликларида нейроэндокрин гормонлари асосий рол уйнайди. Калконсимон без хасталикларида аутоиммун тиреопатия асосий уринлардан бирини эгаллайди. Улар асосида калконсимон безни иммун шамоллаши иммун статусни гипо ёки гипер холатда клиник узгаришига олиб келади.

Касалликни эрта даврида плазмада цитокинларни юкори даражада булиши, гипотиреозни ривожланишида иммун холатни бузилишидан дарак беради. Бу холат организмни носпецифик реактивлигини бузилиши – комплементга, лизоцимга ва айланаётган иммун комплексга тасиридан дарак беради.

Куплаб олимларни текширувларидан шу нарса малумки иммун тукумаларини бузилиши иммун комплексида лизоцим, фагоцитар хужайраларни активлашига олиб келиши хамон мунозарали булиб келмоқда.

Мақсад. организмда носпецифик иммунитетни макерларини экспериментда урганиб чиқиш.

Материал ва метод. Экспериментда 40 та вазни 200-220 гр булган пародасиз эркак ок каламушларда гипотиреоз холатини чакирилди. Каламушлар 3 та гурухга булиб урганилди. Биринчи назорат (тегилмаган) гурухга 8 та каламуш, колган гурухларда 16 тадан булиниб тирозол бериш хисобига гипотиреоз хосил килинди. Уларга тирозолни сувли крахмал ёрдамида озоклантириб берилди, шунда улим холати кузатилмади. Гурухлар 8 тадан 2 гурухга булиниб 10 ва 21 кунлари декапитализация килинди.

Назорат гурухига шунча сувни физиологик эритма хисобидан берилди.

Асосий гурухдан 10, 21 кунлари гипотиреоз маркерига (лизоцим, комплемент, ЦИК) га кон олиб текширилди. Олинган анализлар шуни курсатадики кон зардободаги комплемент активлиги 10 кунда назорат гурухига караганда бир оз кутарилган (11,5% ; $p < 0,001$), 21 кунда хам олдинги курсаткич буйича коляпти (10,7%; $P < 0,001$). Тирозинни бериш мобайнида кон зардободаги лизоцим микдори назорат гурухига нисбатан озайиб борди, 10 кунда -9,5%; $p < 0,05$, 21 кунда 15,8% $P < 0,001$; Зардобда айланиб юрувчи иммун комплекс (ЦИК) билинарли даражада пасайди 10 кун 32,2%; $P < 0,001$, 21 кунга келиб 39,4%; $p < 0,001$ га тенг булди.

3 чи гурухдаги хайвонларда 21 кунлик тирозол берилгандан сунг гипотиреоз холатини тулик чакирилиб уч гуруппачаларга булинди. Улар 5, 10, 20 кунлари текширилаётган тестлар кайтарилиб курилди. 5 чи кунда кон зардободаги комплемент активлиги 5,2% га кутарилган, 10, 20 чи кунлари нисбатан нормадан пасайган (11,3%).

Гипотиреоз холатидаги хайвонларда кон зардободаги лизацим микдори 5 чи кунда нормага якин булган. 10 чи кунга айтарлидаражада пасайган (23%; $p < 0,001$), модел хосил булгандан кейинги 20 чи куни нормага якинлашди.

Олинган экспериментал маълумотлардан шуни аникласа буладики беморларда тиреоид гормонларини етишмовчилиги кон зардобода комплементларни пасайиб

кетишига олиб келади. Шу каторда лизоцимни пасайишига ва конда айланиб юривчи иммун комплексларини кутарилишига олиб келади. Бу холат организмда айтарли даражада ката узгаришларга олиб келади. Масалан гипотиреоз модели хосил килинган хайвонларнинг ташки куринишида ривожланиб борувчи гиподинамия юзага келиб, уларда юнгларида алопецияга ухшаш узгаришлар пайдо булди. Вазнини ортиши белгилари пайдо булди.

Хулоса. Демак гипотиреоз чакиришда тирозол препарати организмда калконсимон безда тиропероксидазани ингибирует килиб, ТТГ гормонини хосил булишига тускинлик килади. Шундан куриниб турибдики гипотиреоз холати калконсимон безни активлигини пасайтиради. Бу хасталик калконсимон без хасталиги булиб нейроэндокрин системаси оркали бошкарелиши малум булди.

ТАЖРИБА КАЛАМУШЛАРИДА ГИПЕРТИРЕОЗ ХОЛАТИДА КОНДАГИ АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСИГА ВА НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИГА ТАСИРИ

*Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти Умумий жаррохлик кафедраси,
Тошкент Тиббиёт Академияси патофизиология кафедраси.*

АКТУАЛЛИГИ. Эндокрин касалликларига ташки факторларни, экологияни узгаришини, салбий рухий тасирларни ва б. ка факторларни тасирини профилактикасига карамай гипо –гипертиреозни ортиб бориши кузатилмоқда. Куплаб олимларни илмий изланишларга карамасдан, организмни курашиш хусусиятига, эндокрин безлари гормонларини тасирини урганиш ақтуаллигича колмоқда Шу нарса фанга маълумки иммун системасини нормада ва хар хил касалликларини бошкарелишида нейроэндокрин гормонлари асосий рол уйнайди. Калконсимон без хасталикларига аутоиммун тиреопатия асосий уринлардан бирини эгаллайди. Улар асосида калконсимон безни иммун шамоллаши иммун статусни гипер ёки гипо холатда клиник узгаришига олиб келади.

Эндокрин касалликларини эрта даврида плазмада цитокинларни юкори даражада булиши, гипертиреозни ривожланишида иммун холатни бузилишидан дарак беради. Бу холат организмни носпецифик реактивлигини бузилиши – комплементга, лизоцимга ва кон плазмасида айланаётган иммун комплексга тасирдан дарак беради.

Охирги даврда куплаб олимларни текширувларидан шу нарса малумки калконсимон безни иммун тукималарини бузилиши иммун комплексида лизоцим, фагоцитар хужайраларни активлашига олиб келиши хамон мунозарали булиб келмоқда. Мақсад: организмда носпецифик иммунитетни макерларини экспериментда урганиб чикиш.

Материал ва метод: Тажрибадада 40 та вазни 200-220 гр булган пародасиз эркак ок каламушларда гипотиреоз холатини чакирилди. Каламушлар 3 та гурухга булиб урганилди. Биринчи назорат (тегилмаган) гурухга 8 та каламуш, колган гурухларда 16 тадан булиниб тирозол бериш хисобига гипотиреоз хосил килинди. Уларга тирозолни сувли крахмал ёрдамида озоклантириб берилди, шунда улим холати кузатилмади. Гурухлар 8 тадан 2 гурухга булиниб 10 ва 21 кунлари декапитализация килинди.

Назорат гурухига шунча сувни физиологик эритма хисобидан берилди.

Асосий гурухдан модул хосил килишда 5, 10 кунлари, гипертиреоз хосил булгандан кейин 5, 10 кунлари кон олиб текширилди, гипертиреоз маркерларига (лизоцим, комплемент, ЦИК). Олинган анализлар шуни курсатадики кон зардободаги комплемент активлиги 5 кунда назорат гурухига караганда бир хил нормада (24,6% ; Р

< 0,001), лизоцим кайтанга пасайган (25,3%; $p < 0,001$) ни хосил килади. L тироксинни 10 кун бериш кон зардобида айланаётган иммун комплексга нисбатан тасир килмади, назорат гурухи билан бир хил нормада (29,7%; $p > 0,05$). Комплементни активлиги 5 чи кундаги билан бир хилда колмоқда (25,0%; $p < 0,001$) лекин бу юкори курсаткич. L тироксин берилгандан сунг 10 кунда лизосимнинг активлиги (10,7%; $P < 0,001$) га ортади, леин 5 чи куни бу курсаткич (16,5%; $p < 0,001$) ни ташкил килган. 10, 20 кунларда гипертиреоз холатидаги хайвонларда бу курсаткичлар куйидагича кон зардобида айланиб юрувчи иммун комплекс 10 чи кун нормага якин булса, 20 чи кун бу курсаткич (23%; $P < 0,001$), кон зардобидаги комплемент активлиги 10 си кунда 45%; $P < 0,001$ га тенг булса, 20 чи кун 37,% $P < 0,001$ га ортди. Кон таркибидаги лизосом активлиги 19,9% дан 69,7% $P < 0,001$ га ортди. Гипертиреозда кон зардрбидаги айланувчи иммун комплекс астасекинлик билан ортиб (4,2%-27%) борди. L тироксинда чакирилган гипертиреоз холати экспериментал хайвонларда шуни курсатдики 5 ва 10 кунларда катта узгариш содир булмайди, бир оз концентрациясини ортиши юзага келади. Лекин 10 чи кундан бошлаб учала курсаткич хам кутарилиб организмга салбий тасирини курсатади.

Олинган экспериментал маълумотлардан шуни аникласа буладики беморларда тиреоид гормонларини ортиши кон зардобида комплементларни ортиб кетишига олиб келади. Шу каторда лизоцимни ортишига ва конда айланиб юрувчи иммун комплексларини кутарилишига хам кузатилади. Бу холат организмда айтарли даражада ката узгаришларга олиб келади. Масалан гипертиреоз модели хосил килинган хайвонларнинг ташки курунишида харакатини тезлашуви, бир жойда туролмаслиги, вазнини пасайиши, юнглариини тукилиши каби белгилари пайдо булди.

Хулоса. Организмдаги носпецифик иммунитетни урганишда шу нарса малум булдики калконсимон безни гиперфункцияси организмларни юкори даражада ишлашига ва уларни ички хусусиятларини пасайишига олиб келиб ташки тасирга тез бериладиган булиб колади.

ФАКТОРЫ РИСКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

*Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность: Известно, что автотранспортные происшествия уносят наибольшую часть жизней и, как правило, причиняют наиболее серьёзные повреждения. Среди погибших много молодых, наряду с многочисленными семейными трагедиями это означает значительный экономический ущерб всему обществу в целом. Значительный процент больничных коек в хирургических палатах приходится на долю молодых мужчин, получивших травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, причём многие из них остаются инвалидами, со стойкой потерей трудоспособности.

Весьма вероятно, что различные виды несчастных случаев происходит от разных причин. В предотвращении несчастных случаев заинтересованы все, кто участвует в уличном, дорожном движении, но особое внимание следует обратить на водителей автотранспорта, так как, кроме своей собственной жизни, они могут ставить под угрозу и других участников дорожного движения.

В основе возникновения несчастных случаев является алкоголь.

Целью исследования: явилось изучение влияния алкоголя на возникновение дорожных происшествий.

Материалом исследования: явились Заключение судебно-медицинских экспертов из архива Андижанского областного Бюро судмедэкспертизы за 8 лет (2003-2010г.г.).

Результаты исследования: показали, что около одной трети из числа погибших имели алкоголь в крови. Человек, находящийся в состоянии сильного опьянения, чаще всего физически не способен вести транспортное средство, у кого состояние опьянения очевидно, но выражено в меньшей степени, садясь за руль, представляет серьёзную угрозу безопасности движения. При субклиническом отравлении алкоголем, когда имеет место фактическое потребление его, но клинические признаки опьянения не обнаруживаются, способность данного лица выполнять нормальные функции водителя может оказаться пониженной.

Выводы: Приведённые данные, о способствующем влиянии алкоголя на наступление дорожно-транспортных происшествий, свидетельствуют о важности дальнейшего изучения о проблемы и необходимости участия судебных медиков в противоалкогольной пропаганде.

МОБИЛ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ МЕТОДИКАСИ

*Хайитова Ш.Д., Нурмухаммадиева Л.А
Самарқанд Давлат тиббиёт университети ўқитувчиси*

Мавзунинг долзаблиги. Таълим соҳасида бўлаётган ҳар бир ўзгариш жамиятимиз равнақиға ижобий таъсир қилишиға шубҳа йўқ. Мамлакатнинг интеллектуал салоҳиятини ошириш, давлат таълим стандарти талабларига жавоб бера оладиган, етук, рақобатбардош кадрлар тайёрлашда муҳим омил ҳисобланади. Қайси соҳада бўлмасин билимларни мустақил равишда эгаллашға интилиш – талаба фаолиятининг таълим муассасасидаги энг ажралиб турадиган хусусияти, мустақил ўқиб, билим орттириш асоси ҳисобланади. Таълим тизимида мустақил билим олиш, назорат қилиш мустақил таълим олишнинг асосий омилларидан бири ҳисобланади. Мустақил билим олишда аввало, талабаларда мустақил ишлашға, эркин, ижодий фаолият юритишға ва энг асосийси мустақил фикрлашға эҳтиёжни шакллантириш лозим.

Мавзунинг мақсади: Мобил таълим технологиялари ва уларнинг педагогик асослари ўрганилиб, ўқув жараёнида замонавий-интерфаол ўқитиш усулларидан самарали фойдаланиш йўллари тадқиқ этилган. Шунингдек, олий таълим муассасаларида таҳсил олаётган талабалар билимларини мустаҳкамлашда қўлланиладиган мобил технологияларнинг самарали қўллаш услублари таҳлил қилинган.

Тадқиқот материал ва усуллари: Мобил қурилмаларнинг хусусиятларидан бири уларнинг турли таркибларни (расмлар, анимация, видео ва аудио файллар, матн, 3D тасвирлар ва бошқаларни кўпайтириш қобилятидир.), курс материални тақдим этиш йўллари диверсификация қилиш имконини беради.

Мобил қурилмалар ўқитувчининг таълим мазмунини, уни жойлаштириш ва тарқатишни тақдим этиши учун янги имкониятлар очади.

Талабаларнинг мустақил ишлари доирасида мобил қурилмалардан фойдаланиш турли хил ахборотлар билан ишлаш учун кенг имкониятлар яратади. Смартфон кўп ҳолларда геолокацион модул, фото ва видео камера, микрофон ва аудио карнайларни ўз ичига олганлиги сабабли, турли хил маълумотлар билан ишлаш учун ажралмас воситаларға эға, талабалар мобил қурилмадан мустақил ишни бажаришда (синфдан ва мактабдан ташқари) восита сифатида фойдаланиш учун кенг имкониятларға эға. Булут (Cloud) технологиялари туфайли, таълим вазифаларини ҳал қилиш жараёнида,

смартфон ҳам бир гуруҳ талабалар ва ўқитувчи ўртасида алоқа воситаси сифатида ҳаракат қилиши мумкин.

Мақтабларнинг етарли жиҳозланмаган шароитида ёки ўқувчилар учун шахсий компьютерларнинг йўқлиги туфайли мобил қурилма бир хил имкониятларни тақдим этади, чунки у асосан миниатюр компютеридир. Шундай қилиб, фанлар бўйича амалий ва мустақил ишларни амалга ошириш кўпинча стационар шахсий компютер ёрдамида ҳам, мобил қурилмалар ёрдамида ҳам ташкил этилиши мумкин.

Тадқиқот натижалари: Ўқувчиларнинг мустақил ишлашига қаратилган ўқитиш усуллари амалга оширишда мобил қурилмаларнинг алоқа имкониятларидан фойдаланиш лозим.

Бу дидактик вазифаларни тегишли ўқитиш усуллари ёрдамида ҳал этиш мумкин, бу эса батафсилроқ баён қилинади.

Таълим ўқитувчи ва ўқувчилар ўртасидаги ўзаро таъсир жараёни сифатида таълим мазмунига киритилган тўпланган билим, тажриба ва фаолият усуллари жамланмасини, шунингдек шахснинг индивидуаллиги ва ижтимоийлашувини ривожлантиришни ўз олдига мақсад қилиб қўяди. Ўқитишнинг мақсад ва вазифалари, шунингдек, ўқувчиларнинг билим олиш ўқув имкониятларидан келиб чиққан ҳолда тадқиқотчилар “ўқитиш методи” тушунчасини аниқлашнинг турли вариантларини таклиф этдилар. Таърифларни умумлаштириш таълим методининг қуйидаги таркибий таркибини ажратиб кўрсатиш имконини беради:

- усулни қўллашнинг мақсади;
- фойдаланиш шартлари;
- ўқитувчи фаолияти;
- талабалар фаоллиги;
- натижани назорат қилиш усули ва унга эришиш мезони.

Замонавий ахборот технологиялари, жумладан, мобил ва булут ўқув жараёни иштирокчилари ўртасида ўзаро ҳамкорликни ташкил этиш учун янги имкониятлар яратмоқда. Шундай қилиб, мобил технологиялар ўқитиш усулларига таъсир кўрсатади, чунки улар ўқитувчи ва ўқувчи фаолиятини ташкил этиш, ўқувчининг ҳаракат механизмини мақсадга ўзгартиришнинг янги воситаларини таъминлайди. Технологик асос ўқитиш методини амалга оширишга таъсир кўрсатади, ўз навбатида ўқитиш методини баён қилиш қуйидаги таркибий қисмларни баён қилиш демакдир:

- дидактик мақсад;
- технологик асос;
- ўқитувчининг ҳаракатлари тартиби;
- талабанинг ҳаракат тартиби;
- мақсадга эришиш мезони.

Қуйида муҳокама қилинган мобил технологияларга асосланган таълим методларининг кўпчилигидан турли фанларни ўқитишда фойдаланиш мумкин. Ечилган дидактик вазифалар билан боғлиқ ҳолда мобил технологияларга асосланган ўқитиш усуллари келтирилган.

унга эришиш мезони:

- мустақил ва ижодий вазифаларни бажариш
- ўқувчиларнинг лойиҳалаш ва илмий-тадқиқот фаолиятида олинган кўникмалардан фойдаланиш муҳим аҳамиятга эгадир.

Хулоса. Шундай қилиб, мобил технологияларга асосланган ўқитиш усуллари тизимини куриш учун бир томондан уларни тизимлаштириш, тизимни куришнинг ўзига хос хусусиятлари ва тамойилларини аниқлаш, ҳар бир методнинг курснинг тематик мазмуни бўйича ўрнини аниқлаш; иккинчи томондан, тизимни реал таълим жараёнида синаб кўришни талаб қилади. Бу эса ўз навбатида талабаларнинг мустақил таълим олишини фаоллаштиради

**РОЛЬ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО АНАТОМИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА В
РАЗВИТИИ КЛИНИКИ ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ
ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ.**

Хакимов М.Н.¹, Кариев Г.М.², Ташланов Ф.Н.³

¹Андижанский государственный медицинский институт

*²Республиканский специализированный научно-практический центр нейрохирургии
МЗ РУз.*

*³Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи.*

Введение: Сдавление и дислокация мозга с последующим его вклиниванием в естественные внутричерепные отверстия как конечный результат процесса опухолевого роста является одним из основных причин летальности при опухолях головного мозга супратенториальной локализации. Для своевременной диагностики этого грозного осложнения играет важную роль результаты методов нейровизуализации.

Цель исследования: Изучить корреляцию клинических и нейровизуализационных методов при супратенториальных опухолях головного мозга с дислокационным синдромом.

Материал и методы. За период с 2016 по 2021 год в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи год пролечены 95 больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с развитием дислокационного синдрома. Проведен анализ данных больных, изучены результаты объективного осмотра и компьютерной томографии.

Результаты. Всем больным проведена компьютерная томография, сознание оценивали по шкале комы Глазго. Критериями дислокации служили смещения срединных структур, деформация желудочков. В связи с особенностью клинической и нейровизуализационной картины дислокации мозга при опухолевом процессе в отличие от дислокации другой этиологии в исследовании особую роль уделяли к внутричерепному анатомическому резерву по способу Щедренко В.В., Могучей О.В., Потёмкиной Е.Г. и др. Большой анатомический внутричерепной резерв имели 23 больных, средний 55, минимальный 17. Все больные без нарушения сознания имели большой анатомический резерв. Так же больные с большим анатомическим внутричерепным резервом не находились в состоянии сопора и комы. При среднем анатомическом внутричерепном резерве больные в основном находились в состоянии оглушения (39 случаев) и сопора (14 случаев) и всего лишь в одном случае в состоянии комы. При минимальном анатомическом внутричерепном резерве большинство больных находились в коме (10 случаев), в состоянии сопора 5 больных, в оглушении 2 больных. При этом ни у одного больного с минимальным внутричерепным анатомическим резервом сознание не было ясным, и не наблюдались изменения поведенческих реакций.

Выводы. Таким образом, важную роль в развитии клиники играет объём анатомического внутричерепного резерва, который можно вычислить с помощью компьютерной томографии.

ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В
АСПЕКТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Хакимова Х.Х., Олимжонова Ф.О.

Самаркандский государственный медицинский университет.

Актуальность. Проблема здоровья человека на сегодняшний день является одной из наиболее сложных и актуальных. Проблема здоровья человека в современном мире характеризуется тем фактом, что в структуре заболеваемости и смертности превалирует патология, обусловленная нездоровым образом жизни. Это связано, в первую очередь, с тем, что, в условиях усложняющейся социальной жизни, изменения ее ритма увеличивающемся темпе цивилизационных изменений, человек становится дезадаптированным, что оказывает негативное влияние на состояние индивидуального и общественного здоровья. В данном контексте особую социальную значимость приобретают вопросы, связанные с устранением негативных тенденций в современном обществе, формированием ценностных ориентации и жизненных стилей, ориентированных на здоровый образ жизни. Для понимания такого явления, как здоровый образ жизни, необходимо рассмотреть сам образ жизни как социальное явление. Если рассматривать структуру образа жизни, то можно выявить объективную и субъективную его стороны. Объективная сторона образа жизни – это совокупность различных факторов: социально-политических, экономических, культурных, которые формируют определенную среду реализации индивидом своей жизнедеятельности. При этом большую роль в реализации образа жизни играют субъективноличностные мотивации. Субъективная сторона образа жизни представляет собой совокупность индивидуальных предпочтений

индивида в выборе тех или иных форм поведения. Объективные факторы образа жизни неразрывно связаны с субъективными: цели общения, мотивы деятельности, ценностные ориентиры. Реализация принципа социальной ответственности различными социальными институтами способствует, **во-первых**, формированию благоприятной объективной среды образа жизни, **во-вторых**, повышает уровень социальной ответственности человека. Данный вопрос очень многогранен, и в разных исторических, социокультурных условиях в ответе на этот вопрос ставятся разные акценты. Ко вторым относится ряд факторов, характеризующих индивида: степень его социализации, личностные качества индивида, форма и характер взаимоотношений с другими членами общества, форма его трудовой деятельности, политическая самоидентификация индивида, морально-нравственные качества и этические принципы, ценностные ориентиры. **В-третьих**, социальная ответственность предполагает наличие определенных требований со стороны общества и оценку поведения индивида на основе предъявляемых требований. Положения статьи показывают, что социальная ответственность человека действительно является важным фактором, влияющим на индивидуальное и общественное здоровье. Понятие «социальная ответственность» человека в аспекте индивидуального и общественного здоровья обширно, и обозначенная в статье проблема требует дальнейшего изучения.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Холбаев Р. А., Абдиев Э.М.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Актуальность проблемы: гипертоническая болезнь определяется ее высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения.

Цель исследования. Комплексное аудиологическое исследование слуха с применением тональной пороговой и надпороговой аудиометрии, а также речевой аудиометрии по воздушной и костной проводимости для объективной оценки слуховой функции.

Материалы исследования. Нами проведено комплексное исследование слуховой функции у 100 больных гипертонической болезнью (40 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 45 до 70 лет, не имевших патологических изменений со стороны лор органов. У 20 человек диагностирована 1 стадия гипертонической болезни, у 60 человек - 2 и у 20 человек - 3 стадия. Нами применялась для исследования этих больных пороговая тональная аудиометрия по воздушной и костной проводимости. Изучался феномен ускорения нарастания громкости по дифференциальному порогу силы звука. Использована речевая аудиометрия по воздушной и костной проводимости, определялись пороги недифференцированной, 50 и 100% разборчивости речи. Все эти исследования проводились в звукоизолирующей камере на тональном аудиометре МА-31. Большинство больных жаловались на шум в ушах, имевших характер звона колокольчика, шума ветра и леса, гудения проводов, шипения самовара т. д. У одних больных он был постоянным, у других периодическим, во время повышения артериального давления и усиления головной боли он становился отчетливее. Субъективно понижение слуха (главным образом ухудшение разборчивости речи) отмечали лица с церебральной гипертонией, а также основная масса больных гипертонической болезнью 2 и 3 стадии. Нормальные пороги слуха на тоны были только у 11 больных.

Результаты. Нами установлено, что разборчивость речи по костной проводимости была хуже, чем по воздушной у большинства больных со 2 и 3 стадией гипертонической болезни. Так, во 2 стадии потеря речи на 21 дБ и более по воздушной проводимости наблюдалась у 23% больных, а по костной такая же потеря слуха выявлена 40%.

Выводы. Комплексное аудиологическое исследование слуха с применением тональной пороговой и надпороговой аудиометрии, а также речевой аудиометрии по воздушной и костной проводимости более объективно отражает состояние слуховой функции.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Холова Наргис., Абидов Х.А.

ТашПМИ, кафедра кожные и венерические болезни, детские кожные и венерические болезни и СПИДа.

Актуальность. Атопический дерматит часто является одним из ранних проявлений атопии в детском возрасте. Атопический дерматит (АтД) — мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. АтД в типичных случаях начинается в раннем детском

возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи.

Цель. Изучить клинические аспекты атопического дерматита.

Материалы и методы. В коже больных АД формируется хроническое аллергическое воспаление с нарушением структуры и целостности кожных покровов. Медиаторы аллергического воспаления вызывают интенсивный зуд. Снижаются функциональные возможности фосфолипидного слоя кожи и ее керамидов, что приводит к потере связей между клетками эпидермиса. Кожа быстро теряет воду, сухость кожи провоцирует зуд. Механическое воздействие на кожу при расчесывании вызывает неспецифическую гистаминолиберацию и усиливает местные проявления дерматита.

Результаты и их обсуждение: АД принадлежит к группе мультифакториальных заболеваний, развитие которых определяется воздействием генетических и средовых факторов. Действие этих факторов определяет темпы развития АД, особенно у детей раннего возраста. Отмечено, что чем раньше начинается воздействие этих факторов, тем более ранней является манифестация АД. Каким образом взаимодействие факторов окружающей среды и генетических изменений участвует в детерминации и проявлениях АД, до сих пор остается неясным. Однозначно установленным фактором формирования АД считается генетическая предрасположенность к аллергии. По мнению одних авторов АД развивается у 81% детей, если больны оба родителя, у 59% – если болен только один из родителей, а другой имеет аллергическую патологию дыхательных путей, и у 56% – если болен только один из родителей. По мнению других – риск заболеть АД в семьях, где оба родителя страдают аллергией, составляет 60%. Если болен один родитель, в особенности, мать – риск составляет 40%

Ключевую роль в механизмах развития АД играют IgE-опосредуемые реакции, обусловленные генетически детерминированной дисфункцией Т-лимфоцитов, протекающие с участием ряда цитокинов и индуцируемые ТН2-лимфоцитами - основными регуляторами синтеза IgE. Высвобождаемые в ходе аллергической реакции гистамин, серотонин, лейкотриены и др. вызывают развитие клинических симптомов кожной аллергии — отек, зуд, гиперемия кожи.

Выводы: Таким образом, сложность и многообразие регуляторных сдвигов при атопическом дерматите делает научный поиск ведущих критериев и закономерностей в развитии данного заболевания, а также диагностическое распознавание индивидуальных отклонений в этих процессах перспективными и весьма актуальными.

Заявка на участия конференции:

ЦИКЛОТРИВЕРАТРИЛЕН – КРАУН ЭФИР РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Хомидов И.И., Махаматова С.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт.

В современной медицине часто появляются данные о макроциклических лигандов – краун-эфиров как противотоксичных средств. Способность макроциклических соединений строго избирательно, в соответствии с устройством своей внутримолекулярной полости, захватывать и удерживать определенные ионы делает их высокоэффективными специфическими экстрагентами: с их помощью можно выводит из организма попавшие в него радиоактивные вещества или токсичные тяжелые металлы. Многие макроциклические соединения обладают антимикробными, антипаразитарными свойствами, способны регулировать работу сердца, предотвращая аритмию и фибрилляцию.

В растениях, природные краун-эфир специфически связываясь с щелочными и щелочноземельными металлами, которые играют решающую роль в функционирование ферментов, открывают большие возможности для управления состояния растительного организма.

Из эфирной суммы молодых побегов *Berberis.turcomanica* выделено нейтральное вещество - циклотривератрилен. Он дает положительную реакцию с реактивом Драгендорфа. В масс-спектре имеются пики ионов с m/z 450 (30), 449(100), 435 (25), 419 (80), 299 (95), 151 (50). В ультрафиолетовом спектре присутствуют максимумы поглощения в области 234 и 296 нм. В инфракрасном спектре отсутствуют полосы поглощения, соответствующие гидроксильной и карбонильной группе.

В протонно-магнитном резонанс спектре обнаружены четыре группы сигналов: в ароматической области - синглет при 6.80 м.д., два дублета от метиленовых протонов при 4.69 и 3.46 м.д. ($J=14$ Гц) и синглет от OSN_3 группы при 3.76 м.д. с соотношением интенсивностей 2:1:1:6. Такая групповая эквивалентность протонов свидетельствует о высокой симметричности соединения.

Это же подтверждает ядерно-магнитном резонанс ^{13}C -спектр, в котором имеется только пять сигналов для углеродных атомов. Для определения структуры данного вещества провели рентгеноструктурный анализ и установили, что соединение является циклотривератриленом, пространственное строение которого изучено рентгеноструктурным анализом. Отнесение сигналов в спектре ядерно-магнитном резонанс ^{13}C : 113,0 (д, C-2), 147.6 (с, C-3), 132.7 (с, C-6), 36.3 (т, C-7), 55.9 (к, OSN_3).

Известно, что циклотривератрилен получается конденсацией вератрола с формальдегидом или из вератрилового спирта при нагревании с концентрированными кислотами, однако окончательная структура для циклотривератрилена установлена намного позднее. Поскольку при экстракции сырья и разделении смеси алкалоидов мы не применяли концентрированных кислот, считаем, что циклотривератрилен является нативным соединением, впервые выделенным из растения. Вероятно, биосинтез лауданозина и циклотривератрилена идет в растении параллельно из общего предшественника. Однако, не исключено, что циклотривератрилен является конечным продуктом превращений бензилизохинолиновых алкалоидов, так как имеются сведения о получении циклотривератрилена при окислении бензилизохинолинового алкалоида лауданозина.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО – ЗАКОНОМЕРНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.

Худайбердиева Л.С.

Андижанский государственный медицинский институт

В современных условиях наиболее актуальной задачей образования является формирование коммуникативной культуры обучающихся. Информационно-коммуникационная технология (ИКТ) становится наиболее эффективным средством при обучении иностранному языку в Андижанском государственном медицинском институте, способствующим расширению образовательного пространства современной школы. Педагогическое мастерство основано на единстве знаний и умений, соответствующих современному уровню развития науки, техники и их продукта - информационных технологий.

В настоящее время необходимо умение получать информацию из разных источников, пользоваться ей и создавать ее самостоятельно. Широкое использование ИКТ открывает для преподавателя новые возможности в преподавании иностранного языка. Информационными технологиями, как правило, называют технологии,

использующие такие технические средства как аудио, видео, компьютер, Интернет. В обучении иностранному языку широко применяются компьютерные технологии. Специфика компьютера как средства обучения связана с такими его характеристиками как комплексность, универсальность, интерактивность. Интерактивное обучение на основе мультимедийных программ позволяет более полно реализовать целый комплекс методических, дидактических, педагогических и психологических принципов, делает процесс обучения более интересным и творческим. Возможности учитывать уровни языковой подготовки обучающихся являются основой для реализации принципов индивидуализации и дифференцированного подхода в обучении. При этом соблюдается принцип доступности и учитывается индивидуальный темп работы каждого ученика. Используя компьютер, можно организовать на уроке индивидуальную, парную и групповую формы работы. Однако необходимо помнить, что компьютер не может заменить преподавателя на уроке. Необходимо тщательно планировать время работы с компьютером и использовать его именно тогда, когда он действительно необходим. В настоящее время широко используются мультимедийные технологии. Термин "мультимедиа" означает: много сред. Такими информационными средами являются: текст, звук, видео.

Программные продукты, использующие все эти формы представления информации, называются мультимедийными. Использование мультимедийных средств обучения - закономерный этап развития педагогических технологий. Важным аспектом использования ИКТ на уроках иностранного языка является проектная деятельность. Мультимедийные презентации активно вошли в процесс обучения. Обучающиеся используют Интернет для сбора материала для проектов. Одной из возможностей использования мультимедийных технологий на уроке является подготовка и проведение интегрированных уроков. Можно провести урок иностранного языка в компьютерном классе, подготовив для этого мультимедийную презентацию с ярким видеорядом (иллюстрациями, видеоклипами, звуком). Такую презентацию преподаватель может подготовить сам или поручить создание презентации обучающимся. Эта презентация может быть использована во время проведения разных форм уроков или как мультимедийное пособие для самостоятельной работы учеников при подготовке к уроку. Традиционно изучение темы или раздела заканчивается повторением, закреплением и обобщением. Все эти элементы можно объединить, предложив обучающимся на завершающем каждую тему этапе, создать мультимедийный проект, вместо традиционного реферата. Создавая презентацию, ученикам предоставляется великолепная возможность систематизации приобретенных знаний и навыков, их практического применения, а также возможность реализации интеллектуального потенциала и способностей. Очень важно обучающимся почувствовать интерес к самостоятельной творческой работе, ощутить значимость результатов своей работы, т.к. презентация - это готовый методический материал для урока, а также ощутить собственную успешность. Необходимо отметить, что обучающиеся выполняют мультимедийные презентации с большим интересом. Это еще один стимул к развитию интереса обучающихся к изучению языка и культуры страны изучаемого языка. Далее следует остановиться на мультимедийных презентациях, используемых для развития такого вида речевой деятельности, как аудирование.

Обучение аудированию предполагает работу над двумя функциональными видами данного вида речевой деятельности: 1) аудирование в процессе непосредственного (диалогического) общения и 2) аудирование связных текстов в условиях опосредованного общения. В данной работе хочу остановиться на вопросе развития у обучающихся умений дистанционного аудирования, т.е. восприятия и понимания аудиотекстов в условиях опосредованного общения. Использование мультимедийных презентаций на уроках по развитию навыков аудирования имеет ряд преимуществ. Одним из главных преимуществ является возможность представлять

ученикам после выполнения заданий правильные ответы в письменном виде. Можно предложить студентам записать некоторые факты, фразы, предложения, опираясь на наглядность, что многим обучающимся облегчает процесс правильного написания. И в дальнейшем эти записи использовать для дискуссий и монологических высказываний по теме, а также при выполнении домашнего задания.

Другой положительный результат использования презентаций - это более быстрый темп урока, заинтересованность обучающихся. Еще большую заинтересованность можно вызвать, предложив некоторым студентам под своим руководством подготовить презентацию к уроку. Разрабатывая уроки по аудированию, учителя часто сталкиваются с проблемой отсутствия раздаточного материала с заданиями. Эту проблему можно решить с помощью мультимедийных презентаций. Содержание презентаций может быть различным: видеоряд-подсказка, дополнительная информация, текстовые задания, диаграммы, таблицы.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ

Худайбердиева Л.С.

*Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра иностранных языков*

В настоящее время существует немало методик для изучения иностранного языка в высших учебных заведениях. Каждый из методов имеет определенные особенности, некоторые обладают большей популярностью и востребованностью, некоторые - меньшей. В этой статье будут рассмотрены основные методики для изучения студентами английского языка. Современные методики преподавания английского языка в высших учебных заведениях

В современном мире английский язык пользуется огромной популярностью, более того, этот язык является языком международного общения, его знают во всем мире. На сегодняшний день существует огромное множество методик для преподавания английского языка. Кроме того, регулярно разрабатываются новые, поэтому теперь каждый преподаватель может выбрать для себя оптимально подходящую методику работы.

В настоящее время при преподавании иностранного языка в высших учебных заведениях чаще всего используются классические методы. А именно:

1. Прямой метод.
2. Грамматико-переводной метод обучения.
3. Аудиовизуальный и аудиолингвальный методы.
4. Коммуникативный метод.

Прямой метод обучения иностранному языку.

Суть данной методики состоит в том, что преподаватель больше внимания уделяет изучению непосредственно разговорного языка, который используют в повседневной жизни. Разработчики этого метода считали, что язык-посредник, то есть язык, на котором ведется преподавание, тормозит изучение иностранного языка. Таким образом, студентов искусственно вводят в мир изучаемого ими языка.

Все занятие ведется на английском, объяснения и новые темы преподаватель так же должен давать на английском языке. Используется только англоязычная литература.

При обучении английскому языку путем такого метода, роль преподавателя в успешном усвоении знаний студентами является ключевой. То есть речь его должна

быть абсолютно четкой и правильной, произношение должно быть идеальным, так как обучаемые постоянно будут повторять именно за преподавателем. Идеальным вариантом для прямого метода обучения будет сделать преподавателем носителя английского языка

Грамматико-переводной метод. Грамматико-переводной метод является основным в современной системе образования. Это классический метод, который используется уже не одно десятилетие. Такая его распространенность обусловлена и тем, что большая часть преподавателей сами обучались при помощи такого метода.

Цель грамматико-переводного метода — научиться читать и переводить при помощи грамматических правил.

К недостаткам данного метода можно отнести и то, что лексической части уделяется недостаточно внимания. Изучение лексики сводится к механическому заучиванию слов. Чтение и перевод выполняется в строгой форме. Кроме того, тексты, предлагаемые для чтения, обычно относятся к сложной художественной литературе, следовательно, студент изучает только литературный язык. Попав в языковую среду, ему будет очень сложно понять окружающих даже при хорошем знании литературного языка.

Аудиовизуальный и аудиолингвальный методы. Суть обоих методов состоит в передаче языка через четкие структуры, заучивание происходит при помощи аудио и видеозаписей.

Аудиовизуальный метод обучения подразумевает иллюстрирование речи соответствующими картинками, то есть студентам показывают видеоролики, художественные и документальные фильмы на английском языке. В этом случае у обучаемых работает одновременно два канала восприятия — зрительный и слуховой, в результате чего в голове студентов возникают ассоциации, что позволяет лучше запоминать язык. Целью методов является овладение живым, разговорным языком.

Оба метода построены на индукции — обучение проходит от правила к примеру. Учитывая все вышесказанное, можно заметить, что для студентов вузов, которые не специализируются на изучении языков, аудиолингвальный и аудиовизуальный методы подходят только в том случае, если они используются в комплексе с другими программами обучения.

Коммуникативный метод. В настоящее время все большее количество преподавателей обращаются к коммуникативному методу изучения английского языка. Объектом этого метода является сама речь, то есть такая методика в первую очередь учит общаться.

Коммуникативный метод подразумевает большую активность студентов. Задачей преподавателя в данном случае станет вовлечь в беседу всех присутствующих в аудитории. Для лучшего запоминания и использования языка необходимо загрузить все каналы восприятия.

Суть коммуникативного метода заключается в создании реальных ситуаций общения. При воссоздании диалога студент имеет возможность применить на практике все полученные знания. Очень важным преимуществом коммуникативного метода можно считать то, что он обладает огромным разнообразием упражнений: здесь используются ролевые игры, диалоги, симуляция реальной коммуникации.

Первое время коммуникативный метод отвергался, однако сейчас он снова занимает лидирующие позиции наряду с традиционным грамматико-переводным методом. Большинство преподавателей современных вузов отдают предпочтение именно этим двум методам, причем нередко они используются в комплексе.

лексе. Прямой метод в высших учебных заведениях применяется крайне редко, от части это связано с отсутствием настоящих носителей языка среди преподавателей, а отчасти с тем, что уровень подготовки студентов после школы слишком низок. Аудивизуальный и аудиолингвальный методы в чистом виде не используются вовсе, однако очень многие преподаватели университетов и институтов время от времени проводят занятия, опираясь на такие методы. Это позволяет разнообразить общеобразовательную программу и заинтересовать студентов.

ҚИШЛОҚ АҲОЛИ ЯШАШ ЖОЙЛАРИНИ ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ХОЛАТИНИ БАХОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

*Шерқўзиева Г.Ф., Бобоева И.Ў., Умуров Ш.С.
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. Маълумотларга кўра, дунёда 1 миллиарддан ортиқ кишининг тоза ичимлик сувидан фойдаланиш имконияти йўқ. Ҳисоб-китобларга кўра, Марказий Осиёда тахминан 22 миллион киши соғлиқ учун хавфсиз сув манбаига эга эмас. Атроф-муҳит кўрсаткичлари халқаро рейтинг агентлиги дунё мамлакатларининг сув сифати бўйича рейтингга кўра, 180 та давлат орасида Австрия, Финляндия, Греция, Исландия, Ирландия, Малта, Нидерландия, Норвегия, Швейцария ва Буюк Британия сув сифати юқори бўлган мамлакатлар ўнлигига кирди. Марказий Осиё мамлакатлари орасида Қозоғистон 54, Ўзбекистон 58, Туркменистон 76, Қирғизистон 78, Тожикистон 119, Афғонистон 125-ўринни эгаллади. **Инсон умри давомида ўртача 75 тонна сув истеъмоли қиларкан. Хусусан, катта ёшдагилар бир кеча-кундузда 2,5-3 литр сув истеъмоли қилди. Шундан 1,2 литри ичимлик сувига тўғри келади, 1 литри турли озиқ-овқат маҳсулотлари, мева-сабзавотлар таркибидаги сув орқали истеъмоли қилинади, 0,3 литри организмда модда алмашинуви жараёнида пайдо бўлади.** Ичимлик суви бутун дунё стандартлари бўйича озиқ-овқат маҳсулоти сифатида таснифланади. Сувнинг сифати кўрсаткичлари давлат стандарти O`zSt 951:2011 “Марказлаштирилган хўжалик-ичимлик суви билан таъминлаш манбалари, гигиеник, техникавий талаблар ва танлаш қоидалари” талабларига жавоб бериш шарт. Бироқ глобал иқлим ўзгариши туфайли республикада қуруқ фаслларнинг давомийлиги ошиб бормоқда, тоғларда қор захиралари майдони камаймоқда, камсувлиқ такрорланиши тобора кўпаймоқда, бу эса, ўз навбатида, сув танқислиги келиб чиқиш хавфининг ошишига олиб келади. Шу билан бирга, мамлакат сув балансини бошқариш шунингдек, сув ресурслари сифати ва хавфсизлиги мониторингини амалга оширишнинг самарали тизими яратиш мақсага мувофиқдир. Бугунги кунда мамлакатимизда аҳолининг 65 фоизи марказлашган ичимлик суви, 17 фоизи оқова сув хизматлари билан таъминланган. 9 408 та сув таъминоти ва 58 та канализация иншооти 72 минг км ичимлик суви ҳамда 8,6 минг км оқова сув тармоқлари орқали хизматлар кўрсатилиб келинмоқда. Ҳозирда Фарғона вилоятида 85 %, Тошкент вилоятида 75, Хоразм вилоятида 61,9, Қашқадарё вилоятида эса 54,2 % аҳоли марказлашган ичимлик суви, аҳолининг қолган қисми эса альтернатив ичимлик суви манбалари билан таъминланган. Аҳолини ичимлик суви билан таъминлаш бугунги кунда долзарб бўлиб, инсоннинг сиҳат-саломатлиги ҳам айнан ушбу масалага бевосита боғлиқ. Кўплаб аҳоли пунктларига ер ости ичимлик суви манбаси йўқлиги сабабли аҳолига ичимлик суви ташиб бериш йўли билан етказилади. Ичимлик суви ташувчи транспорт воситаларининг аксарият қисми санитария талабларига жавоб бермайди. Аҳоли

ичимлик сувини санитария талабларига зид равишда ойлаб давомида махсус идишларда, ёки ховузларда сақлайди. Мамлакатимизнинг янги ривожланиш босқичида барча соҳалар қатори атроф-муҳитни муҳофаза қилиш, табиий ресурслардан, хусусан, сув ресурсларидан оқилона фойдаланиш, аҳолининг ичимлик суви билан таъминланганлик даражасини ошириш ва унинг сифатини яхшилашга катта эътибор қаратилмоқда. Сўнгги беш йил давомида юртимизда аҳолини ичимлик суви билан таъминлаш ва уларга канализация хизматларини кўрсатиш борасида қатор чора-тадбирлар амалга оширилиб, соҳанинг ташкилий-ҳуқуқий асослари яратилди. Бугунги кунда ушбу соҳа Ўзбекистон Республикасининг “Сув ва сувдан фойдаланиш тўғрисида”ги қонунининг айрим декларатив нормалари ҳамда 20 дан ортиқ қонуности ҳужжатлари билан тартибга солинмоқда. Шу билан бирга “Ўзбекистон Республикасида ичимлик суви таъминоти ва канализация тизимларини ривожлантириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги Қарор ҳам қабул қилинган.

Юқоридагилардан келиб чиққан холда биз кишлоқ аҳоли яшаш жойларининг ичимлик суви билан таъминланганлик ҳолатини гигиеник баҳолашни мақсад қилиб олдик. Сувнинг сифати кўрсаткичлари давлат стандарти O‘zDSt 951:2011 “Марказлаштирилган хўжалик-ичимлик суви билан таъминлаш манбалари, гигиеник, техникавий талаблар ва танлаш қоидалари”га асосан амалга оширилди. 2019 йил ҳолатига кўра туман аҳолисининг ичимлик суви билан таъминланганлик ҳолати қуйидагича эканлиги аниқланди: Иттифок МФЙ умумий аҳоли сони 1871 та бўлиб, уларнинг 50,9% қудуқ сувидан, 49,1% эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан фойдаланадилар. Навоий МФЙ умумий аҳоли сони 2754 та бўлиб, уларнинг 2,6% қудуқ сувидан, 97,4% эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Ўзбекистон МФЙ умумий аҳоли сони 2783 та бўлиб, уларнинг 29,9% қудуқ сувидан, 70,1% эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Ғалаба МФЙ умумий аҳоли сони 2129 та бўлиб, уларнинг 23,1% қудуқ сувидан, 76,9% эса ташиб келтириладиган, Нарпай МФЙ умумий аҳоли сони 1909 та бўлиб, уларнинг 53,5 % водопровод тармоғидан, 3,8% қудуқ сувидан, 42,7 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Зарафшон МФЙ умумий аҳоли сони 2003 та бўлиб, уларнинг 24,8 % водопровод тармоғидан, 11,7% қудуқ сувидан, 63,5 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Оқ-олтин МФЙ умумий аҳоли сони 1949 та бўлиб, уларнинг 55,8 % қудуқ сувидан, 42,2 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Бобур МФЙ умумий аҳоли сони 1549 та бўлиб, уларнинг 36,6 % водопровод тармоғидан, 63,4 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Ҳақиқат МФЙ умумий аҳоли сони 1662 та бўлиб, уларнинг 55,4 % водопровод тармоғидан, 44,6 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Ибн Сино МФЙ умумий аҳоли сони 1843 та бўлиб, уларнинг 40,7 % водопровод тармоғидан, 59,3 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Самарқанд МФЙ умумий аҳоли сони 594 та бўлиб, уларнинг 96,5% қудуқ сувидан, 3,5 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Улуғбек МФЙ умумий аҳоли сони 2926 та бўлиб, уларнинг 69,2 % водопровод тармоғидан, 30,8 % эса ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Ислом Шоир МФЙ умумий аҳоли сони 534 та бўлиб, уларнинг 100 % ташиб келтириладиган ичимлик сувидан, Бўстон МФЙ умумий аҳоли сони 229 та бўлиб, уларнинг 100 % водопровод тармоғидан фойдаланадилар. Водопровод тармоғи бўйича ичимлик суви билан таъминланганлик даражаси энг юқори кўрсаткич қуйидаги МФЙ Навоий -96,6%, Ҳақиқат 55,4% бўлса энг кам таъминланганлик даражаси Ўзбекистон, Иттифок, Ғалаба ва Оқ олтинда аниқланди, қудуқ суви бўйича Оқ олтин 55,8% бўлса қудуқ сувидан фойдаланмайдиган аҳоли пунктларига Бобур, Ҳақиқат МФЙ киради. Ташиб келтириладиган ичимлик сувини бўйича энг кўп фойдаланувчилар Ғалаба МФЙ 70,1% бўлса энг кам фойдаланувчилар Навоий МФЙ 8,4% ташкил этди. Юқоридагилардан келиб чиққан холда аҳоли ўртасида ичимлик сувига боғлиқ касалликлар профилактикасида барча аҳоли яшаш жойларини марказлашган хўжалик ичимлик сув таъминоти билан таъминлаш мақсадга мувофиқ.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

Юлдашев Г.Ю., Эгамбердиев З.Ш.

Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии.

Актуальность проблемы. За последние десятилетия значительно повысилась обращаемость пациентов за хирургической помощью с острым панкреатитом.

Цель исследования: Показать эффективность МРТ в диагностике острого деструктивного панкреатита по сравнению с КТ.

Материалы и методы: Проведено ретроспективный анализ результатов обследования 96 больных деструктивными формами острого панкреатита. Исследования проводили на аппарате фирмы ALLTECH (Китай) сила магнитного поля 1,5т.

Результаты: Изучали диагностические эффективности МРТ по сравнению к диагностическим возможностям КТ.

1. В обычную стадию острого панкреатита отек парапанкреатической жировой клетчатки при МРТ обнаруживалось с большей достоверностью и с более высокой чувствительностью.
2. МРТ и КТ показали одинаковые возможности при визуализации скоплений жидкости и псевдокист. Однако объективное восприятие изображения жидкости при МРТ было лучше, при этом объем свободной жидкости просчитывался легче и быстрее.
3. При МРТ в деструктивную стадию острого панкреатита удавалось отчетливо обнаруживать деструктивные очаги и секвестры в парапанкреатической жировой клетчатке даже на фоне большого скопления жидкости, в то время как при КТ жидкость скрывала эти изменения.
4. При МРТ зоны свежего некроза отчетливо выявлялись в паренхиме железы гипоинтенсивным МР-сигналом T1/WATS/ВИ и изогипоинтенсивный в T2 и T2 SPIR ВИ зоны некроза паренхимы выявлялись и при КТ, но для их отчетливой визуализации требовалось болюсное введение контрастного вещества.
5. При МРТ выполнение последовательности MRCP3D позволяло оценить состояние желчных путей и панкреатического протока.

Заключение: Сравнение двух методов показало преимущество МРТ в диагностике острого панкреатита выполняемый на аппарате ALLTECH (Китай) с индукцией магнитного поля в 1,5т.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ И СОЗДАНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ НА ЕГО ОСНОВЕ.

Юсуфов Р.Ф., Хасанова Г.Р.

*Самаркандский Государственный Медицинский Университет, г.Самарканд,
Республика Узбекистан*

Актуальность: Изучение лекарственного растительного сырья

Цель: Создание фитопрепаратов основе лекарственного растительного сырья

Материалы и методы: В настоящее время в медицинской практике важное место принадлежит лекарственным средствам растительного происхождения, т.к. они обладают широким спектром биологического действия, что позволяет использовать их для профилактики и лечения многих заболеваний.

Впервые изучены особенности потребления компонентов питания при выращивании различных штаммов раувольфии на агаризованных и жидких питательных средах. При этом установлена динамика их накопления в биомассе, что позволило осуществить направленную

регуляцию биосинтеза алкалоидов путем дополнительного введения в среду компонентов питания.

В результате проведения комплекса фитохимических и биотехнологических исследований получена суспензионная культура раувольфии змеиной.

Полученные результат: В результате проведения комплекса фитохимических и биотехнологических исследований получена суспензионная культура раувольфии змеиной. Установленные маркерные признаки (физиологические, фитохимические, биохимические) позволили охарактеризовать культуру как штамм R-III. Новизна выполненных разработок подтверждена авторским свидетельством на штамм.

Для совершенствования метода выращивания биомассы с использованием штамма K-27 впервые разработана технология его культивирования в полиэтиленовых пакетах. В производственных условиях показана эффективность этого способа выращивания, позволяющая снизить себестоимость биомассы на 15%.

Выводы: Проведенные комплексные исследования явились основанием для установления взаимосвязи между анатомо-морфологической структурой клеточных компонентов, процессами дыхания, питания, роста и биосинтеза алкалоидов. Разработана технология выращивания растительных тканей в полиэтиленовых пакетах, при этом достигнуто снижение себестоимости биомассы.

ОСТРОТА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Абуамриа Ала ну ман А., Гаджимурадов М.Н., Мухамед Нур Н.А., Алиева М.Г.,
Мамашева Г.Д.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, 367012, г. Махачкала, Россия

Цель – изучить частоту нарушения и срок восстановление остроты зрения у больных офтальмосифилисом после специфической терапии.

Материалы и методы. Остроту зрения изучали в двух целевых группах больных скрытой формой сифилиса и в контрольной группе. В исследовании сыворотки крови больным использовались серологические тесты – РМ, ИФА и РПГА. Остроту зрения определяли с помощью распределенных по десятичной таблице символов.

Результаты и заключение. Остроту зрения изучили в первой, второй и контрольной группах. При раннем скрытом сифилисе зафиксировано снижение остроты зрения. Пациенты офтальмолога с чувствительностью зрительного анализатора ниже 0,5 единиц являются группой риска и подлежат обследованию сыворотки крови на наличие антител к возбудителю сифилиса при наличии патологии зрительного анализатора. Это позволит провести раннюю диагностику и своевременную терапию офтальмосифилиса.

Анализ результатов терапии в первой группе продемонстрировал снижения удельного веса больных с показателем 0,4-0,5 с 20,0±6,8% до 3,05±2,98% (p<0,05) и остротой зрения 0,2 с 11,43±7,8% до 3,05±2,98% (p>0,05), а также восстановление качества зрения до 1,0 у 63,64±8,4% с 31,14±7,8% (p<0,01). Эти данные свидетельствуют о восстановлении остроты зрения у больных ранним скрытым сифилисом на фоне лечения по схеме раннего нейросифилиса. В тоже время во второй группе нет статистически достоверной динамики изменения качества зрения, несмотря на некоторое улучшение (на 0,1 и 0,2 единицы) у 19 (47,5±7,9%) больных. Из этого следует, что утерянное качество зрения на фоне позднего скрытого сифилиса не поддается адекватной специфической терапии и нуждается в дальнейшем диспансерном наблюдении офтальмолога. Избежать вышеуказанной резистентной

патологии зрительного анализатора позволит ранняя диагностика и своевременное лечение инфекции.

ИЧКИ КАССАЛИКЛАРИ	
ANDIJON VILOYATI SHAXRIXON TUMANIDA ISTIQOMAT QILUVCHI AYOLLARDA GIPOTIREOZ VA LIPIDLAR ALMASHINUVI	3
<i>Abdurazakova D.S. Vepritskaya E.V, Kamoldinov R.K. Nishanova M.S</i>	
THE USE OF DOMESTIC CONCENTRATE OF BLOOD COAGULATION FACTOR VIII IN PATIENTS WITH HEMOPHILIA A	4
<i>Abdulahopova N.R.,Ahmedov B.X.,Nishonova N.A. Ahmedova H.Yu. Umurzaqova R.Z.</i>	
SYMPTOMS OF HEMOSTASIS AND INFLAMMATORY REACTION OF ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION	5
<i>Abdulahopova N.R.,Ahmedov B.X.,Nishonova N.A. Ahmedova H.Yu. Umurzaqova R.Z.</i>	
YURAK QON-TOMIR KASALLIKLARI BO‘LGAN DEPRASIV BUZULISHLAR VA ULARNI KORREKTSOYALASH	6
<i>Abduvalieva G.T., Niyozova Ya.M.</i>	
YURAK KORONAAR KASALLIKLARDAGI DEPRASIV HOLATLAR VA ULARNI DAVOLASH	7
<i>Abduvalieva G.T., Niyozova Ya.M.</i>	
TOBACCO ADDICTION AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF ATHEROSCLEROSIS	8
<i>Agranovsky M.L., Soliev D.M., Muminov R.K., Makhmudova H.H.</i>	
SUICIDES AND ALCOHOLISM	9
<i>Agranovsky M.L., Askarova K.I., Kozimzhonova I.F., Muminov R.K</i>	
SOCIAL CAUSES OF SUICIDES.	10
<i>Agranovsky M.L., Usmanova. M.B., Muminrov R.K., Kozimzhonova I.F. Andijan State Medical Institute</i>	
EMERGENCY CARE FOR PATIENTS WITH INCOMPLETE SUICIDES	10
<i>Agranovsky M.L., Malikova A.E., Muminov R.K., Sarbayeva N.K.</i>	
ANXIETY DISORDERS IN HYPERTENSION.	11
<i>Agranovsky M.L., Soliev D.M., Muminov R.K., Makhmudova H.H.</i>	
LEYKOTSITLARNING EKSPERIMENTDA VA AYRIM GEMATOLOGIK KASALLIKLARDA QONNING REOLOGIK XUSUSIYATLARIGA TA'SIRI	12
<i>Ahmedova H.Yu., Umurzaqova R.Z.,Abdulahopova N.R.,Ahmedov B.X., Nishonova N.A.</i>	
MUTATION STATUS OF JAK2, CALR AND MPL GENES WITH PHENOTYPIC FEATURES OF ESSENTIAL THROMBOCYTEMIA	13
<i>Ahmedova H.Yu., Umurzaqova R.Z.,Abdulahopova N.R.,Ahmedov B.X., Nishonova N.A.</i>	

INTERNAL INFLAMMATION SYNDROME.	14
<i>Akbarova G.X. Nazarova G.U.</i>	
THE EFFECT OF ANEMIA ON THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISEASES	15
<i>Akhunbaev O.A</i>	
THE MAIN APPLICATIONS OF CHITOSAN AND MATERIALS BASED ON IT	16
<i>Artikova S.G.</i>	
FEATURES OF THE DYNAMICS OF METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA ON THE BACKGROUND PHARMACOTHERAPY	17
<i>Artikova S.G.</i>	
PREVENTION OF ANEMIA WITH BARBERRY	18
<i>Askarov I.R¹ ,Razakov N.A.²</i>	
PREVENTIVE MEASURES IN CASE OF REPEATED SUICIDAL ACTIONS OF PATIENTS WITH INCOMPLETE SUICIDES	18
<i>Askarova K.I., Agranovsky M.L., Kozimzhonova I.F., Muminov R.K</i>	
ZANJABIL VA UNING SHIFOBAXSH XUSUSIYATLARI	20
<i>Asqarov I.R¹, O'rmonov A.A²</i>	
BA'ZI KASALLIKLARDA PROPOLIS DAMLAMASINI QO'LLASH	21
<i>Asqarov I.R¹, O'rmonov A.A²</i>	
KECHKI YOSHDAGI DEMANSIYA: TASHHIS VA DAVOLASHDA YANGI YONDASHUVLAR	22
<i>Asqarova K.I., Agranovskiy M.L., Mo'minov R.K., Saliyev M.M.</i>	
PREVENTION OF DENTAL CARIES AND PERIODONTAL DISEASES	23
<i>Atakhonov A.A.</i>	
OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATINING LEYKOPLAKIYASINING TURLI SHAKLLARINI DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGI.	24
<i>Ataxanov A.A.</i>	
O'SMIRLARDA KARIYES O'SISH DINAMIKASINI O'RGANISH.	24
<i>Ataxanov A.A.</i>	
CHO'QQILILI PERIODONTITLARNI KOMPLEKS DAVOLASHDA YALLIG'LANISHGA QARSHI VA ANTIANTIBAKTERIAL TERAPIYA	25
<i>Ataxonov A. A.</i>	
O'SMIRLIK DAVRIDA SPIRTLII ICHIMLIKLARGA QARAMLIKNING OLDINI OLISH	26
<i>Azimova G. A., Agranovskiy M. L., Karimov A. X., Mo'minov R. K.</i>	

THE INFLUENCE OF PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS AND PERSONALITY DISORDERS ON THE DYNAMICS OF CONTROL OF THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA	28
<i>Azimova G.A., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Saliev M.M.</i>	
DAILY PROFILE OF ARTERIAL PRESSURE, CLINICAL VARIANTS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION	29
<i>Bektashev I., Kodirova G.I., Tashtemirova I.M</i>	
"TIMER DRUG BOX" IN PHARMACOTHERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION	30
<i>Bektashev I.I., Kodirova G.I.</i>	
A HEALTHY LIFESTYLE APPROACH TO THE RURAL POPULATION OF BULAKBASHI DISTRICT	31
<i>Borotova S.A., Khudoyberdiev J.M.</i>	
COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	32
<i>Bustonov Sh.E.</i>	
THE RELATIONSHIP OF ELECTRICAL REMODELING OF THE MYOCARDIUM WITH RISK FACTORS AND PROGNOSIS IN MEN WITH ACUTE CORONARY SYNDROME	33
<i>Bustonov Sh.E.</i>	
STUDY OF PREVALENCE OF SMOKING, ARTERIAL HYPERTENSION AND EXCESS BODY WEIGHT IN RURAL AREAS.	34
<i>Dadabaeva N.A., Mahmudova M.S., Abdumalikova F.B., Axmedova D.T., Baynazarova A. Sh.</i>	
BIRINCHI MARTA GEMOBLASTOZ BO'YICHA KASALXONAGA YOTQIZILILGAN BOLALARNING RUHIY BUZISHLARI	35
<i>Dalimova S.A., Agranovskiy M.L., Mo‘minov R.K., Malikova A.E.</i>	
GEMATOLOGIK AMALIYOTDA HERPESVIRUS INFEKTSIYASI	36
<i>Delkasheva Sh. Dj., Sotvoldiyev B.M., Tojiddinov H.S., Yakubbekova M.K.</i>	
COVID-19 AND THE CARDIOVASCULAR SYSTEM: PATHOMORPHOLOGY, COMPLICATIONS AND PROGNOSIS	37
<i>Ergasheva Z.A.</i>	
PATHOMORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH COVID-19	38
<i>Ergasheva Z.A.</i>	
DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF PROFESSIONAL ORAL HYGIENE PREVENTION OF CARIES AND PERIODONTAL DISEASES	39
<i>Esanov B.Y.</i>	

QANDLI DIABETDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATIDAGI O'ZGARISHLARNING XUSUSIYATLARI VA ULARNING OLDINI OLISH	40
<i>Esanov B.Yu.</i>	
BIOCHEMICAL DEFENSE MECHANISMS IN THE PROCESS OF DEVELOPMENT AGAINST THE BACKGROUND OF TREATMENT OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA	41
<i>Gafurova L.M., Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I.</i>	
COMPLICATIONS OF SECONDARY IMMUNODEFICIENCY IN PATIENTS WITH ACUTE LEUKEMIA DIAGNOSIS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LEUKOPENIA	42
<i>Gafurova L.M., Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I.</i>	
ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH HEMOBLASTOSIS IN A SPECIALIZED HOSPITAL	43
<i>Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z.</i>	
AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION IN IMPROVING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA	44
<i>Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z.</i>	
BACHADON BO'YNI UMURTQA POG'ONASI TRAVMATIK SHIKASTLANISHLARINING RADIATION DIAGNOSTIKASI	44
<i>Homidva G.J.</i>	
SIYDIK-TOSH KASALLIGINING KOMPLEKS NUR DIAGNOSTIKASI	46
<i>Homidva G.J.</i>	
DIFFUZLI TOKSIK BUQOQ KASALLIGINI DAVOLASHDA VITAMINLI FITOTERAPIYANING SAMARADORLIGI BAHOLASH	47
<i>¹Ibatova Sh.M. ²Muxamadiev N.Q.</i>	
CONVENTIONAL DMARDS AND THE RISK OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: A CLINIC BASED CASE CONTROL STUDY	47
<i>Ibragimov K, Ziyadullayev Sh.X.</i>	
XIMOPSIKOTIK METRONIDAZOL VA GENTAMITSINNING TRIXOMONATSID VA ANTIBAKTERIAL FAOLLIGIGA TA'SIRI	49
<i>Ibragimov U.S., Toshev. S.O'.</i>	
ERKAKLARDA GIPERTENSIYON BOSHLABCHI BOSQINCHI DIAGNOSTIKASIDA BAHOLASH	49
<i>Isakova D.Z.</i>	
TURLI QAND MIQDORINI PASAYTIRUVCHI DAVOLASH USULLARI FONIDA 2-TOIFA QANDLI DIABETLI BEMORLARDA YURAK-QON TOMIR XAVFI DINAMIKASI	50
<i>Isakova D.Z.</i>	

EPIDEMIOLOGY UNSTABLE ANGINA	52
<i>Ismailov I.I.</i>	
JIGARNING SURUNKALI DIFFUZA KASALLIKLARIDA XOLESTAZ: PATOGENEZI, DIFFERENTIAL TASHHISI, PROGNOSTIK AHAMIYATI, DAVOSI.	52
<i>Ismailov I.I.</i>	
MIOKARD INFARKTIDAN KEYIN CHUQUR DEPRESSIYAGA UCHRAGAN BEMORLARGA SHOSHILINCH YORDAM	53
<i>Ismailov I.I.</i>	
MOLECULAR-GENETIC BASIS IN THE GALLSTONE DISEASE AND METABOLIC SYNDROME	54
<i>Ismailov U.S., Batirov D.Y., Rakhimov A.P., Nurmatov S.T., Rojbov R.R.</i>	
MOLECULAR GENETIC RELATIONSHIP OF GALLSTONE DISEASE AND METABOLIC SYNDROME	56
<i>Ismailov U.S., Yangiboev Z.R., Batirov D.Y., Rakhimov A.P., Tillayev M.T., Madrimov X.A.</i>	
YOMON SIFATLI XODJKIN BO‘LMAGAN LIMFOMA BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNING OG‘IZ MIKROFLORA HOLATI	58
<i>Ismoilov I.X.</i>	
TOKSOPLAZMOZ KASALLIGINI KELIB CHIQISH SABABLARI, DIAGNOSTIKASI, ULARNI DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIKASI	59
<i>Kadirova X., Obidjonov Z.</i>	
PODAGRA KASALLIGINI METABOLIK SINDROM BILAN BIRGALIKDA KECHISHINING XUSUSIYATLARI	61
<i>Karabayeva F.U.</i>	
BRONXIAL ASTMADA PSIXOSOMATIK KASALLIKLAR VA ULARNING CHAQALOQLARNI DAVOLASH MASALALARI	62
<i>Karimov A. X., Agranovskiy M. L., Asqarova K. I., Mo'minov R. K.</i>	
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA	63
<i>Karimov I.</i>	
ORAL ANTICOAGULANTS IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF ATRIAL FIBRILLATION AGAINST THE BACKGROUND OF CORONARY HEART DISEASE	64
<i>Kasimova N.J.</i>	
REFRACTORY AND RESISTANT HYPERTENSION: ANTIHYPERTENSIVE THERAPY AGAINST TREATMENT RESISTANCE	65
<i>Kasimova N.J.</i>	

ANXIETY AND ANXIETY DISORDERS IN THE PRACTICE OF A CARDIOLOGIST	66
<i>Khudoyarova N.K.</i>	
MODERN POSSIBILITIES OF ECHOCARDIOGRAPHY IN THE EXAMINATION OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE	67
<i>Khudoyarova N.K.</i>	
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROME	68
<i>Kodirov M.K.</i>	
DIAGNOSIS OF ACUTE LEUKEMIA AND NON-HODGKIN'S LYMPHOMAS BY CHANGES IN THE ORAL MUCOSA	69
<i>Kohorov M.K.</i>	
PREVENTION OF REPEATED SUICIDAL ACTIONS IN PERSONS WITH INCOMPLETE SUICIDES	70
<i>Kozimzhonova I.F., Agranovsky M.L., Muminov R.K., Soliev D.M.</i>	
MODERN APPROACHES TO PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF THE LOWER EXTREMITIES	71
<i>Kurbanova D. I., Kosimov Z.O., Usmanova F.T.</i>	
GIDROLAZ ORQALI OLINGAN PAST MOLEKULYAR OG'IRLIKDAGI GEPARINLARNING ANTIKOAGULYANT FAOLLIGI	73
<i>Kurbanova D. I., Kosimov Z.O., Usmanova F.T.</i>	
CLINICAL MORPHOLOGY OF THE ALGORITHM FOR ASSESSING THE DEGREE OF RESPIRATORY DAMAGE AND THEIR DIAGNOSIS IN COVID 19	74
<i>Kutlikova G.M</i>	
ASSESSMENT OF THE DEGREE OF RESPIRATORY DAMAGE AND THEIR DIAGNOSIS IN COVID 19	74
<i>Kutlikova G.M.</i>	
TAMAKI GIYOHVANDLIGIGA QARSHI KURASHNING PSIXOLOGIK USULLARI	75
<i>Malikova A.E., Agranovskiy M. L., Maxmudova X.X., Mo'minov R. K.</i>	
STRUCTURAL AND DYNAMIC FEATURES OF HIGH-FUNCTIONAL AUTISTIC DISORDERS IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN	76
<i>Malikova A.E., Agranovsky M.L., Sarbaeva N.K., Muminov R.K.</i>	
O'SMIRLAR ORASIDA ALKOGOLIZMNING OLDINI OLISH VA DAVOLASH CHORALARI	77
<i>Malikova A. E., Agranovskiy M. L., Mo'minov R. K., Karimov A. X.</i>	

DYNAMICS OF THE LEVEL OF MANIFESTATION OF NEUROPSYCHIC TENSION IN FUTURE GENERAL PRACTITIONERS BEFORE AND AFTER THE TRAINING PROGRAM <i>Mamadiyarova D.U.</i>	78
MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF TRAUMATIC, ORTHOPEDIC, AND NEUROSURGICAL DISEASES <i>Manasvi S.</i>	79
ASSESSMENT OF PATHOLOGIES OF THE HEMOSTASIS SYSTEM IN HEREDITARY BLOOD DISEASES <i>Mirzaahmedova I.Z.</i>	80
ANEMIA IN PATIENTS WITH LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASES: PATHOGENETIC FEATURES AND POSSIBILITIES OF THERAPY <i>Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q.</i>	81
ANEMIA OF CHRONIC DISEASES <i>Mirzaahmedova I.Z., Hamidova M.I., Gafurova L.M., Shokirova G.Q.</i>	82
UMURTQA DEGENERATIV PATOLOGIYALARI BO'LGAN BEMORLARNI ERTA ANIQLASH, DAVOLASH VA OLDINI OLIISH USULLARINI OPTIMALLASHTIRISHNI REGIONAL STRATEGIK YO'NALISHLARI <i>Mirzajonov A. Sh.</i>	83
REGIONAL STRATEGIC DIRECTIONS OF OPTIMIZATION OF METHODS OF EARLY DETECTION, TREATMENT AND PREVENTION OF PATIENTS WITH DEGENERATIVE SPINAL LESIONS <i>Mirzazhonov A.Sh</i>	85
YAQIN QARINDOSHLAR NIKOHIDAN TUG'ILGAN BOLALARDA KONVULSIV SINDROMLAR <i>Mo'minov R.K., Agranovskiy M. L., Karimov A. X., Azimova G. A.</i>	86
YAQIN QARINDOSHLAR BILAN NIKOHDA BO'LGAN BOLALARDA RUHIY KASALLIKLARNING TARQALISHI <i>Mo'minov R.K., Agranovskiy M. L., Sarbaeva N. K., Azimova G. A.</i>	87
SEVERITY AND MORTALITY OF COVID-19 IN PATIENTS WITH DIABETES, HYPERTENSION, AND CARDIOVASCULAR DISEASE. <i>Muhammad U.S.</i>	87
EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF UNSTABLE ANGINA <i>Muminov I.A.</i>	90
THE EFFECTIVENESS OF CHITOSAN IN CARDIOVASCULAR DISEASES <i>Muminov I.A</i>	91
OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOMATOFORM DISORDERS FOUND IN YOUNG WOMEN LIVING IN MARRIAGE FOR UP TO 10 YEARS <i>Muminov R.K., Agranovsky M.L., Karimov A.H., Dalimova S.A.</i>	92

FAMILY FUNCTIONALITY IN OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOMATIFORM DISORDERS OCCURRING IN YOUNG WOMEN WHO HAVE BEEN MARRIED FOR MORE THAN 10 YEARS	93
<i>Muminov R.K., Agranovsky M.L., Azimova G.A., Makhmudova H.H.</i>	
COVID-19 PANDEMIYASI SHAROITIDA TUBERKULYOZ KASALLIGINI ANIQLASH.	95
<i>Muxamedov K.S., Ongarbayev D.O. Mamatov L.B.¹, Eshonov S.Z.²</i>	
MONITORING ANALYSIS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN UNDER 5 IN RURAL MEDICAL CENTERS	96
<i>Nasirov M.M., Boykuzieva M.B.</i>	
PREDICTORS OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH RA: CLINIC BASED CASE-CONTROL STUDY	97
<i>Ne'matov N., Sultonov I.I., Ravshanova M.</i>	
COMBINATION OF DIAGNOSTIC TOOLS AS AN EFFECTIVE APPROACH FOR THE EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS	97
<i>Ne'matov N., Sultonov I.I., Ibragimov Kh.I</i>	
O'TKIR MIYOKARD INFARKTINING GENDER XUSUSIYATLARI	98
<i>Niyozova Ya.M., Abduvalieva G.T.</i>	
O'TKIR MIYOKARD INFARKTI ATIPIK KLINIK SHAKLLARINI YOSH-JINSIY VA KLINIK-ANAMNESTIK XUSUSIYATLARI	99
<i>Niyozova Ya.M., Abduvalieva G.T.</i>	
POSTKOVID HOLATINING EPIDEMIOLOGIYASI VA KLINIK BELGILARINI BAHOLASH	100
<i>Nizomova K.A.</i>	
POSTKOVID HOLATINING OLDINI OLIISH VA DAVOLASH SAMARADAORLIGINI OSHIRISH	101
<i>Nizomova K.A.</i>	
FARG'ONA VODIYSI AHOLISI ORASIDA ANEMIYA KASALLIGINING YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARIGA TA'SIRI	102
<i>Oxunbaev O.A.</i>	
TUBERKULYOZ PLEVITIGA GUMON QILINGAN BEMORLAR TASHXISOTI, TASHXISLASH USULLARI VA DAVOLASH NATIJALARI.	103
<i>Parpieva N.N.¹, Abdugapparov F.B.¹, Xodjaeva M.I.², Muxamedov K.S.², Mamatov L.B.², Ongarbayev D.O.², Xakimov A.A.²</i>	
KARDIOGEN SHOK BILAN ASORLANGAN O'TKIR KORONAR SINDROMNING SALBIY OQIBATLARI XAVFINI BOSHQARISHGA INNOVATSION YONDORLASH	104
<i>Primqulova G.N.</i>	

O‘TKIR KORONAR SINDROMLI ERKAKLARDA ELEKTRIK MIOKARDIY KO‘RSATILISHI VA UNING XAVF FATORLARI VA PROGNOZ BILAN ALOQASI	105
<i>Primqulova G.N.</i>	
SURUNKALI BUYRAK KASALLIKINING OG‘IZ SHILLIQ QAVATIGA TA‘SIRI	106
<i>Qodirov M.Q.</i>	
SURUNKALI YURAK YETISHMOVCHILIGINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH	107
<i>Qosimova N.</i>	
TO STUDY ACQUIRED HYDROCEPHALUS AND TO FIND ITS IMPORTANT CAUSES AND TO RULE OUT BEST TREATMENT METHOD TO EASE PATIENTS.	108
<i>Rabia Zafar.</i>	
CARDIAC ARRHYTHMIAS AND ELECTRICAL INSTABILITY OF THE MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	111
<i>Rakhimov H.H.</i>	
METABOLIC SYNDROME AND CARDIOVASCULAR DISORDERS IN GOUT	112
<i>Rakhimov H.H.</i>	
BOLALARDA ENDODONTIK TEXNIKANING XUSUSIYATLARI	113
<i>Rasulova M. M., Abdurashidov U.</i>	
SUT TISHLARI KARIESINING OLDINI OLIHDA KUMUSHNING AHAMIYATI	114
<i>Rasulova M. M., Abdurashidov U.</i>	
OILAVIY POLIKLINIKADA ARTERIAL GIPERTONIYA KASALLIGINI PEN PROTOKOLLARI ASOSIDA OLIB BORISH	115
<i>Raximova X.M.</i>	
COVID-19 AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF PRETERM LABOR	116
RAYIMJANOVA K.F., SHAVAZI R.N., SHAMSIYEVA N.F., Shavazi N.N.	
QALQONSIMON BEZ VA REPRODUKTIV TIZIMNING FUNKTSIONAL SHAROITLARI VA GIPERPROLAKTINEMIYA KOMBINATSIYASI	117
<i>Razakova Sh.T.</i>	
YOD TANQISLIGI SHAROITIDA AYOLLARDA QALQONSIMON BEZ VA REPRODUKTIV TIZIMNING FUNKTSIONAL HOLATLARINING O‘ZARO BOG‘LIQLIGI	118
<i>Razakova Sh.T.</i>	

TREATMENT OF UNSTABLE ANGINA WITH METABOLIC DISORDERS	119
<i>Rohibzhonov A.</i>	
SIGNIFICANCE OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY	120
<i>Ruziboev U.U, Ismoilov U.I., Abdumalikova F.B.</i>	
COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA O'SMIRLARNING SALOMATLIK HOLATINING GIGIYENIK AHAMIYATI.	121
<i>Salomova F.I.,Xakimova D.S.,Ashurboyev F.A.</i>	
OPIY GIYOHVANDLIGI KLINIK BELGILARI	122
<i>Sarbaeva N. K., Agranovskiy M. L., Mirzayev A. A., Mo'minov R. K.</i>	
NON-MEDICINAL METHODS IN THE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEUROTIC, STRESS-RELATED, AND SOMATOFORM DISORDERS	123
<i>Sarbaeva N.K., Agranovsky M.L., Soliyev D.M., Muminov R.K.</i>	
CLINICAL TYPOLOGY OF ANXIETY DISORDERS: DYNAMICS, TYPOLOGY, PSYCHOTHERAPY, PREVENTION	125
<i>Sarbaeva N.K., Agranovsky M.L., Saliev M.M., Muminov R.K.</i>	
PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ALCOHOLISM	127
<i>Shamsikulova S.A.,Khayatov R.B.</i>	
CHOICE OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS	129
<i>Shavazi R.N.</i>	
EFFICIENCY OF UMBILICAL CORD BLOOD TREATMENT FOR TRANSPLANTATION PURPOSES	129
<i>Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z.,Hamidova M.I., Gafurova L.M.</i>	
EVALUATION OF ANTIVIRAL IMMUNE STATUS IN PATIENTS WITH NON-HODGKIN'S LYMPHOMA	130
<i>Shokirova G.Q, Mirzaahmedova I.Z.,Hamidova M.I., Gafurova L.M.</i>	
CLINICAL AND MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF PULMONARY COMPLICATIONS IN ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN COVID-19	132
<i>Sodikova D.T.</i>	
O'TKIR RESPIRATOR DISTRESS SINDROMI VA COVID-19	133
<i>Sodiqova D.T.</i>	
MIYOKARD INFARKTI BO'LGAN BEMORLARDA STATINLARNING YALLIG'LANISHGA QARSHI SITOKINLARGA TA'SIRI	135
<i>Soleeva S.Sh.</i>	

GEMATOLOGIK BEMORLARDA HERPESVIRUS INFEKTSIYALARINING LABORATORIYA DIAGNOSTIKASI	136
<i>Sotvoldiyev B.M., Tojiddinov H.S., Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh. Dj.</i>	
DORI TERAPIYASI FONIDA NOSTABIL STENOKARDIYA BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA METABOLIK BUZILISHLAR DINAMIKASI.	137
<i>Tashmatova G.A.</i>	
TURLI ETIOLOGIYALI REAKTIV ARTRITLARDA KLINIK VA IMMUNOLOGIK ALOQALAR	137
<i>Tashmatova G.A.</i>	
USING VACUUM THERAPY IN PATIENTS WITH UPPER LIMB INJURIES	138
<i>Teshaev O.R., Kurbanov G.I., Murodov A.S., Babajonov A.B.</i>	
PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF HIAPHAGNETIC HERNIAS IN ELDERLY PATIENTS	139
<i>Teshaev O.R., Babajonov A.B., Kholov Kh.A.</i>	
GEMOFILIYA BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ERITRONNING PERIFERIK BOG‘LANISHINING MORFOFUNKTSIONAL XUSUSIYATLARI	140
<i>Tojiddinov H.S., Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh. Dj., Sotvoldiyev B.M.</i>	
CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT FEATURES OF POSTPARTUM PSYCHOSES	141
<i>Turaev B.T., Khasanova N.Sh.</i>	
EFFECTS OF EXOGENOUS PSYCHOLOGICAL EFFECTS ON ALCOHOL CONSUMPTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC	143
<i>Turaev B.T., Khasanova N.Sh.</i>	
PATHOGENETIC AND COMBINED TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA WITH DRUGS THAT ENHANCE ERYTHROPOIESIS	144
<i>Umurzaqova R.Z., Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X.</i>	
PROGNOSTIC VALUE OF STAT3 PROTEIN EXPRESSION IN DIFFUSE B5 LARGE CELL LYMPHOMA	145
<i>Umurzaqova R.Z., Abduvahopova N.R., Ahmedov B.X., Nishonova N.A. Ahmedova H.Yu.</i>	
DEVELOPMENT OF A QUESTIONNAIRE FOR MEDICAL SERVICE PROVIDERS TO TUBERCULOSIS PATIENTS	146
<i>Uteshev M.S., Parpieva N.N., Alekseeva V.S., Karamyan M.</i>	
O‘SMIRLIK YOSHIDA ARTERIAL GIPERTENSIYADA YURAK URISH TEZLIGINI AVTONOM TARTIBGA SOLISHNING XUSUSIYATLARI	147
<i>Valiyeva Z.S.</i>	
PECULIARITIES OF STRUCTURAL REMODELING OF THE ATRIUM WITH AFIBILITY	148
<i>Valieva Z.S.</i>	

EATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION AND KIDNEY FUNCTION IN PATIENTS WITH METABOLIC DISORDERS	149
<i>Vepritskaya E.V.</i>	
MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA VA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVILARNI TO‘G‘RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASIDAGI O‘RNI	150
<i>Xasanov D.SH.</i>	
ME‘DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI.	151
<i>Xasanov D.SH.</i>	
COVID BELGILARIDAN KEYINGI OSHQOZON-ICHAK TRAKTI KASALLIKLARINI ZAMONAVIY PROFILAKTIKA MASALALARI	151
<i>Xolboboyeva Sh.A.</i>	
HODJKIN LIMFOMASI KENG TARQALGAN AHOLI POPULYATSIYASI ORASIDA OSTEOPOROZ MUAMMOSI	153
<i>Yakubbekova M.K., Delkasheva Sh. Dj., Sotvoldiyev B.M., Tojiddinov H.S.</i>	
IMPLEMENTATION PIRATSIN-RG DRUG IN THE TREATMENT OF VITILIGO	153
<i>Yakubova M.A</i>	
COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH INFILTRATIVE- SUPPORTIVE FORM TRIHOFITII ESZOLOM	154
<i>Yakubova M.A</i>	
USED FLYUKOREM FOR THE PREVENTION OF CANDIDIASIS IN PATIENTS WITH TRUE PEMPHIGUS.	154
<i>Yakubova M.A</i>	
SUCCESSFUL TREATMENT OF THE DRUG IN DIBAZOL SHINGLES	155
<i>Yakubova M.A</i>	
IMPLEMENTATION PIRATSIN-RG DRUG IN THE TREATMENT OF VITILIGO	156
<i>Yakubova M.A</i>	
IMPORTANT METHODS OF PREVENTION OF COMORBID PATHOLOGY AND RISK FACTORS FOR MYOCARDIAL INFARCTION	156
<i>YAMINOVA N.X.</i>	
FEATURES OF COMORBID PATHOLOGY AND PREVENTION OF RISK FACTORS FOR MYOCARDIAL INFARCTION	157
<i>Yaminova N.X.</i>	
ANALYSIS OF RESEARCH AND RESULTS OF CHORONOVIRUS INFECTION DIAGNOSIS IN ANDIZHAN REGION	158
<i>Yuldashev Ya.M., Mirzakarimova D.B.</i>	

HE EFFECT OF APPLICATION OF PROBIOTIC AND LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENDED DIARRHEA	159
<i>Yuldashev Ya.Yu.</i>	
FUNCTIONAL INDICATORS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND HYPERTENSION	159
<i>Yuldasheva G.B.</i>	
VEGETATIVE REGULATION OF HEART RHYTHM IN HEALTHY INDIVIDUALS AT REST AND UNDER FUNCTIONAL LOADS	160
<i>Yuldasheva G.B.</i>	
LIMFOPROLIFERATIV KASALLIKLARDA ANEMIYANI DAVOLASHNING PATOGENETIK XUSUSIYATLARI VA IMKONIYATLARINI BAHOLASH	161
<i>Yuldasheva N. E</i>	
ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	162
<i>Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	
СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	162
<i>Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТАЦИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	163
<i>Абдувалиева Г.Т., Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	
КАТТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРГА ХОС БЎЛГАН НЕЙРОКОГНИТИВ БУЗУЛИШЛАРНИ ЎРГАНИШ	164
<i>Абдукадирова Д.Т., Зокиров А.И., Абдукодиров У.Т., Маматалиева Ш.У.</i>	
УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫУ НАРУШЕНИЯ: РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА	165
<i>Абдукадирова Д.Т., Зокиров А.И., Абдукодиров У.Т., Маматалиева Ш.У.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	166
<i>Абдуллаев А.А., Хакимова Р.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	167
<i>Абдуллаев А.А., Хакимова Р.А.</i>	
ГИЁХЛАРНИНГ ЖАРОХАТЛАР БИТИШИ, ЙИРИНГДАН ТОЗАЛАНИШИГА ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ.	169
<i>Абдуллаев Р.Н., Киргизов Ш.М., Абдуллаева М.А., Абдуллаева М.Р.</i>	

КАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ЯРАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ	170
<i>Абдуллаев С.А., Худайназаров У.Р., Джалолов Д.А.</i>	
ТУҒМА ИХТИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ МУГУЗ ҚАВАТИНИНГ ИҚЛИМ ШАРОИТИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	171
<i>Абдуллаев С.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ	172
<i>Абдулхаева Д.Р., Валижанова З.И., Юлдашева Г.Р., Мустафоева Г. С.</i>	
ДИФФУЗНО НЕТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ СРЕДИ ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	173
<i>Абдуразакова Д.С, Исмаилов С.И, Юсупова Ш.К, Камолдинов Р.К, Абдусаматова Р.С</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИИ	174
<i>Абдурахманов А. А., Кучкаров А. А., Батиров К. З., Алиев Л. М.,</i>	
УРОЛОГИК ВА НЕФРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН МИЖОЗГА ЗАМОНАВИЙ ТАВСИФ: МЕТЕОКЛИНИКО-ПРОФИЛАКТИК НИГОХ	175
<i>Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Бобоев Р.А., Каландаров Д.М.</i>	
ИРСИЙ МОЙИЛЛИК ВА АЛКОГОЛЬ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШНИ ХАТАР ОМИЛЛАР СИФАТИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ	176
<i>Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Салохидинов А.С.</i>	
СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ, БУЙРАК САНЧИҒИ ВА НЕФРОКАСАЛЛИКЛАР КЛИНИК КЕЧИШЛАРИ ТЕРМОРЕЖИМГА БОҒЛИҚМИ?: ИЛК НАТИЖАЛАР ВА КЕЛАЖАККА САБОҚЛАР	176
<i>Абдурахмонов Б.М., Мамасолиев Н.С., Бобоев Р.А., Усмонов Б.У.</i>	
ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	177
<i>Абдурахмонов И.И., Холмирзаева М.Ф., Хамидов О.Х., Рустамова Х.Ш.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОКСИЕЛЕЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	178
<i>Абдурахмонов М.А.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОКСИЕЛЕЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАНИЙ	180
<i>Абдурахмонов М.А.</i>	
СВЯЗЬ РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФРОНТО-ТЕМПОРАЛЬНОЙ ДЕМЕНЦИИ С УРОВНЕМ ГОРМОНА ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА	181
<i>Абрамян А. А., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А.</i>	

ИЗУЧИТЬ ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА КАЛЛИДИНОГЕНАЗЫ НА ГЕМОСТАЗ, КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.	183
<i>Аваков В.Е., Кенжаев Л.Т.</i>	
КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПСОРИАЗА	183
<i>Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	185
<i>Аграновский М.Л., Джураев Н.Н.</i>	
СУИЦИДЛАРНИНГ ИЖТИМОЙ САБАБЛАРИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ	186
<i>Аграновский М.Л., Джураев Н.Н.</i>	
ЭНДОКРИННЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ	187
<i>Аграновский М.Л., Джураев Н.Н.</i>	
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ	188
<i>Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Аскарлова К.И., Салиев М.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	189
<i>Аграновский М.Л., Мирзаев А.А., Далимова С.А., Муминов Р.К.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ ПЕРВЕРЗИЮ	191
<i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Сарбаева Н.К., Каримов А.Х.</i>	
КОРРЕКЦИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ПСОРИАЗА	192
<i>Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х.</i>	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА ФОНЕ ВИЧ- АССОЦИИРОВАННОЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ	193
<i>Адилова Г., Ибрагимов М.К., Курбонова Р.Р., Мамасалиев Н.С.</i>	
АНДИЖОН ОЛИМПИА ЗАХИРАЛАРИ КОЛЛЕЖИДА СПОРТ БИЛАН ШУГУЛЛАНАЁТГАН ЎСМИР ҚИЗЛАРНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТҚИЧИ ҲАМДА ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ	194
<i>Акбарова Г.Х., Назарова Г.У.</i>	

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К БОЛЕЗНИ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА	195
<i>Акбарова С.Б., Рахимбаева Г.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЛИПИДНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА АНДИЖАН	196
<i>Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.</i>	
ВОЗРАСТНОЙ ДИАПАЗОН ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	197
<i>Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Валиева М.Ю.</i>	
ГИПЕРГЛИКЕМИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	198
<i>Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.</i>	
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА АНДИЖАН	198
<i>Алибеков Ш.О., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЁМ	199
<i>Алиев Л.М.</i>	
ЛЕЧЕНИЯ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА	200
<i>Алиев Л. М., Батиров К. З., Кучкаров А. А., Муминов М. М.,</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПРОЦЕССЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ	201
<i>Алиев Л.М.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА “ГЕНФЕРОН” У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕДАЮЩЕЙСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ	202
<i>Алиев Л.М.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ	202
<i>Алиев Л.М.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОПАТИЯМИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	203
<i>Атабаева С.М., Хамрабаева Ф.И.</i>	

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЁШГА БОҒЛИҚ ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИНИНГ ТАРҚАЛИШИ <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.</i>	204
ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ <i>Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.</i>	205
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.</i>	205
ЭРКАКЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ЎЗГАРИШИ ВА ТАРҚАЛИШИ. <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.</i>	206
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С <i>Ахмадалиева У.К., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.</i>	207
ИЗУЧЕНИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ МИЕЛОМЕ <i>Ахмедов Б.Х., Нишонова Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р.</i>	208
КЛИНИКО-МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ <i>Ахмедов Б.Х., Нишонова Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р.</i>	209
ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЎЗ ТУБИДАГИ ПАТАЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ ОКТ-АНГИО РЕЖИМИДА БАҲОЛАШ <i>Ахмедов Т.Б., Каримова М.Х.</i>	210
АЛЛЕРВЭЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ <i>Батиров К. З., Кучкаров А. А., Алиев Л. М., Абдурахманов А. А.</i>	211
ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПЕРВИЧНОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ <i>Бахрамов С.Т., Ходжибеков М.Х.</i>	212
КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ АЁЛЛАР ЎРТАСИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА УНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ТАРҚАЛИШИ <i>Бахриддинова Н.М., Таштемирова И.М.</i>	213

ПРОФИЛАКТИКА И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	214
<i>Бектемирова Ш., Уктамова Ю., Холмуродова Х., Хасанов О.Г.</i>	
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГ ТЕСТА ДЕНВЕРА	215
<i>Бойкузиева М.Б., Носиров М.М., Худойбердиев Ж.М.</i>	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	216
<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Боротова Ш.А.</i>	
ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАҚЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ	217
<i>Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Усмонова Я. Ф.</i>	
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «БИФОЛАК ЦИНКУМ» НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ	218
<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Боротова Ш.А.</i>	
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА МАСТОПАТИЯГА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР ЎТҚАЗИШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ	219
<i>Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш.</i>	
К ЦЕНТИЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ	220
<i>Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.</i>	
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СВП	221
<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Рахматова М.М.</i>	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	222
<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Рахматова М.М.</i>	
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ	222
<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Акбарова Г.Х.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ	223
<i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Худойбердиев Ж.М.</i>	
АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В СВП	224
<i>Бойкузиева М.Б., Мадумарова З.Ш.</i>	

<p>К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</p> <p><i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.</i></p>	225
<p>ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ СВП</p> <p><i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усманова Я.Г., Рахматова М.М., Боротова Ш.А., Худойбердиев Ж.М.</i></p>	226
<p>ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛ ТАЪСИРИДА ЗАРАРЛАНИШИНИ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ</p> <p><i>Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Усманова Я.Г.</i></p>	226
<p>ТИББИЙ КУРУВГА КУП МАРТА МУРОЖАТЛАРНИНГ САБАБЛАРИ</p> <p><i>Ш.А.Боротова, М.Б.Бойкузиева, Г.Х.Акбарова</i></p>	227
<p>ПОДХОД К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ БУЛАКБАШИНСКОГО РАЙОНА</p> <p><i>Боротова Ш.А., Носиров М.Н., Усманова Я.Г.</i></p>	228
<p>БУЛОҚБОШИ ТУМАНИ ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИНИНГ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ЁНДАШУВИ</p> <p><i>Боротова Ш.А., Худойбердиев Ж.М., Рахматова М.М.</i></p>	229
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВАРИОР» У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ</p> <p><i>Ботиров К.З.</i></p>	230
<p>ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЁ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА</p> <p><i>Ботиров К.З.</i></p>	231
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТУРБОЗИЛ» У БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ</p> <p><i>Ботиров К.З.</i></p>	233
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЗИ «ДЕКЛОСИД» И ПРЕПАРАТА «ЭСЗОЛ» У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ</p> <p><i>Ботиров К.З.</i></p>	233
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С COVID -2019</p> <p><i>Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.</i></p>	233
<p>ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С COVID -2019</p> <p><i>Буранова Д.Д., Мухаммаджанова М.О.</i></p>	234

ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	235
<i>Бутахонов Ф.Т., Рахматуллаева Н.И.</i>	
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	236
<i>Бутахонов Ф.Т., Рахматуллаева Н.И.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОИДНОЙ ОСТЕОМЫ	238
<i>Валиева К.Н., Умарова Г.Ш., Асилова С.У., Назарова Н.З., Салиева Н.И., Рахманова М.Р., Мухрумбаева К.З.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАН	239
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.</i>	
ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	240
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С.</i>	
ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ	241
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.</i>	
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ, ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ У МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАН	242
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Джумабаева С.Э.</i>	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФАКТОР КАК ПРЕДИКТОР АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	242
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.</i>	
РОЛЬ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН	243
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ В ЦЕЛЯХ РАЗРАБОТКИ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАН	244
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.</i>	
НОВЫЕ ДАННЫЕ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. АНДИЖАН	245
<i>Валиева М.Ю., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Максумова Д.К.</i>	

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА С НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА.	246
<i>Валижанова З.И., Абдулхаева Д.Р., Юлдашева Г.Р., Турдиева Н.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	247
<i>Вахабов Б.М., Ойбекова Г.С., Абдуллаева К.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ	248
<i>Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Ойбекова Г.С., Олимов А.А.</i>	
РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ	249
<i>Вахабов Б.М., Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Исаков А.А., Алижанов М.</i>	
РАННИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	250
<i>Вахабов Б.М., Хужамбердиев М.А.</i>	
ОЦЕНКИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	251
<i>Веприцкая Е.В.</i>	
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	252
<i>Ганиев Б. С., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Холикова Н.А.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	253
<i>Ганиев Б. С., Мамасолиев Н.С., Салохидинов А.С., Холикова Н.А.</i>	
ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ ШАХСЛАРНИНГ СОҒЛОМ ЖИНСИЙ ШЕРИКЛАРИНИ РЕЖАЛИ ТЕКШИРИЛИШИ САМАРАДОРЛИКЛАРИНИ БАҶОЛАШ	254
<i>Ганиев Б., Жумабоева Х., Искандаров А, Мирзакаримова Д.Б., Маматхужаев А.С., Абдурахмонов М.А.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-ИНФЕКЦИЮ И БЕЗ НЕЁ	255
<i>Ганиев С.С., Хакимова Р.А.</i>	
COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ ВОВЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	256
<i>Ганиев С.С., Хакимова Р.А.</i>	

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОТОАКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	258
<i>Гафарова Ш.А., Насретдинова М.Т.</i>	
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДИКТОРНЫХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ	259
<i>Далимов А.А., Якубов Н.И., Тоджиходжаев Ш.Ш.</i>	
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ И ЭНТЕРОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.	260
<i>Дадаев Ш.А., Абдумажидов А.Ш., Хасанов С.М., Абруев Б.У.</i>	
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ И БЛИЗКОГО РОДСТВА В ЭТИОЛОГИИ СЕМЕЙНОЙ ОЛИГОФРЕНИИ	261
<i>Далимова С.А., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Пулатова Р.Р.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ НУТРИЕНТНОГО СОСТАВА МОЛОКА ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ	262
<i>Джурсаева Х.З., Фарманкулова Ё.Р.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАНИФЕСТНОГО ПРИСТУПА ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ	263
<i>Долимова М.А., Аграновский М.Л., Гуломкодиров М.М.</i>	
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	264
<i>Долимова М.А., Аграновский М.Л., Гуломкодиров М.М.</i>	
СТРАНГУЛЯЦИОН АСФИКСИЯ ТУФАЙЛИ ЮЗ БЕРГАН ЁЛИМНИНГ ЭРТА ПОСТМОРТАЛ ДАВРИДА БОШ МИЯ НЕРВ ТУЗИЛМАЛАРИДАГИ СТРУКТУРАВИЙ ЎЗГАРИШЛАРИ	265
<i>Жуманов З.Э.</i>	
ТУҒМА ИХТИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ МУГУЗ ҚАВАТИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ	266
<i>Жуманов З.Э., Абдуллаев С.Д.</i>	
ОБ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРОБЛЕМАХ ВНЕДРЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СЛУЖБЕ ПРОФИЛАКТИКИ СПИД АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	267
<i>Зайнигабдинова М.Х., Ганиев Б.К., Кораев Б.Б., Абдукодиров Ш.Т., Джурсаев М.Г., Бутабаев Ё.Т.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ COVID – 19 В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ТАШКЕНТА. УЗБЕКИСТАН	268
<i>Захидова М.У.</i>	

СЫВОРОТОЧНЫЙ СУРФАКТАНТНЫЙ ПРОТЕИНА SP-A ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ БИОМАРКЕР ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	269
<i>Ибадова О.А.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ IL-6 ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ COVID-19	271
<i>Ибадуллаева Н.С., Мусабаяв Э.И., Хикматуллаева А.С., Турабова Н.Р.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИБОМУНИЛА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	272
<i>Ибатова Ш.М.</i>	
СОСТОЯНИЕ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА	273
<i>Ибатова Ш. М.</i>	
ТРАНСКРАНИАЛ МАГНИТ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС)НИНГ ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗНИ ДАВОЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ	275
<i>Ибодуллойева М.Б.,Азимова Н.М</i>	
ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИ ЎРГАНИШ	276
<i>Ибодуллойева М.Б.,Азимова Н.М.</i>	
ВИЧ–ОБУСЛОВЛЕННАЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ АСТЕНИЯ НА ФОНЕ ПОЛИПАТИИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	277
<i>Ибрагимов М.К., Мамасалиев Н.С., Адилова Г., Каландаров М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТИРУЮМЫХ СИНДРОМОВ И СИМПТОМОВ ВИЧ АССОЦИИРОВАННОЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	277
<i>Ибрагимов М.К., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЪЕМНОЙ КТ- КОРОНАРОГРАФИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	278
<i>Икрамов А.И., Джураева Н.М., Максудов М.Ф., Турсунова Л.Н., Абдухалимова Х.В.</i>	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	279
<i>Инакова Б.Б., Шамсутдинова Д. Х.</i>	
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СИНТРОПИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	281
<i>Исмаилов У.С., Янгибаев З.Р., Батиров Д.Ю., Рахимов А.П., Умаров З.З.</i>	

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ ВА СЕМИЗЛИК НОЗОЛОГИК СИНТРОПИЯСИ РИВОЖЛАНИШИДА ЛИПИД-РЕГУЛЯТОР ГЕНЛАР (PPARG2, FABP2) ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ АҲАМИЯТИ	282
<i>Исмаилов Ў.С., Батиров Д.Ю., Рахимов А.П., Алланазаров А.Х., Ахмедов Ш.С.</i>	
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	283
<i>Исмоилов И.Х.</i>	
СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.	284
<i>Исмоилова Ю.А., Агабабян И.Р.</i>	
УМУМИЙ ОСТЕОПОРОЗНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ОҒИЗ БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ	285
<i>Казакова Н.Н.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ ВИЧ /СПИДОМ, НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА	286
<i>Каландаров Д.М., Мамасолиев Н.С., Ибрагимов М.К., Адилова Г.</i>	
ВЛИЯНИЕ РЕЗКОКОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: В ФОКУСЕ РАЗРАБОТКА НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕТЕОГЕЛИОПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ	287
<i>Каландаров Д.М., Мамасалиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Сапиохунова Х.М.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	288
<i>Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Рахимов А.Н., Закирова Г.А., Абдуллаева Ч.А., Атаходжаева Г.А., Алиева М.Ю.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПОСКОВИДНОГО СИНДРОМА	289
<i>Камилова У.К., Ермекбаева А.У., Хамраев А.А., Закирова Г.А., Нуриддинов Н.А.</i>	
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	290
<i>Касымова С.А., Алиев Д.С., Каюмова Н.К., Хайдарова С.Р.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕМАНТИН ГИДРОХЛОРИД В ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА	291
<i>Касымова С.А., Рустамова И.К.</i>	
НЕЙРОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ «COVID-19» И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	292
<i>Касымова С.А., Атаханова Д.А., Рустамова И.К., Тухтасинова М.Ш.</i>	

<p>ГЕРОНТОЛОГИК ЁШДА БЎЛГАН ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АХОЛИСИДА ГЛАУКОМАНИНГ ТИББИЙ-ИЖТИМОЙ ВА ЭТНИК МАХАЛЛИЙ ЖИХАТЛАРИ</p> <p><i>Каюмов У.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С.</i></p>	293
<p>ГЕРОНТ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИСИДА ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИГА ОИД ЯНГИ ИЛМИЙ НАТИЖАЛАР (перспектив мониторинг)</p> <p><i>Каюмов У.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С.</i></p>	293
<p>ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ГОРОДЕ АНДИЖАНЕ</p> <p><i>Китьян С.А., Узбекова Н.Р., Бадалбаева Н.М.</i></p>	294
<p>КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ С УРОВНЕМ КОРТИЗОЛА В КРОВИ</p> <p><i>Клычева Р. И., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А.</i></p>	295
<p>ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ СВЯЗИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ С НЕКОТОРЫМИ АССОЦИИРОВАННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА</p> <p><i>Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Ахмадалиева У.К.</i></p>	296
<p>ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА</p> <p><i>Кодиров Д.А., Салохиддинов З.С., Валиева М.Ю.</i></p>	297
<p>ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ДИСТОНИИ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА</p> <p><i>Кодиров Ж.Ш., Рахматуллаева Н.И.</i></p>	298
<p>БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА И РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ</p> <p><i>Кодиров Ж.Ш., Рахматуллаева Н.И.</i></p>	299
<p>ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ВРАЧЕЙ</p> <p><i>Кодырбаева Ф.Р.</i></p>	301
<p>ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ</p> <p><i>Козимжонов И.Ф., Аграновский М.Л., Аскарлова К.И., Муминов Р.К.</i></p>	302
<p>ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПУБЕРТАТНОМ КРИЗЕ</p> <p><i>Козимжонов И.Ф., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Каримов А.Х.</i></p>	303

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХИХ ПЯТЕН КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ВИЧ В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	304
<i>Кораев Б.Б., Зайнигабдинова М.Х., Алимов М.А., Ходжиматова Г.М., Каюмов А.М., Юнусов М.М.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА	305
<i>Кохоров М.К.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «КОКАРНИТ» НА ЭНДОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	306
<i>Кучкаров А.А.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ	307
<i>Кучкаров А.А.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ ШАМПУНЕЙ ПРОТИВ ПЕРХОТИ	308
<i>Кучкаров А. А., Батиров К. З., Муминов М. М., Абдурахманов А. А.</i>	
ПРЕПАРАТ «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ ГОНОРЕИ	309
<i>Кучкаров А.А.</i>	
ЧАСТОТА МЛУ/ШЛУ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА.	309
<i>Кучкарова М.Ф., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Орипов Ш.Ю.</i>	
COVID – 19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ ШАХСЛАР ЎРТАСИДА КАСАЛЛАНИШИ ХОЛАТЛАРИНИ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ	310
<i>Кораев Б.Б., Салиев Т., Искандаров А., Фаниев Б., Юлдашев Ё.М., Мирзакаримова Д.Б., Гоффоров Х.М.</i>	
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	311
<i>Қосимов.И.У.</i>	
ЎПИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ (геронтологик ёшдаги ахолида проспектив мониторинг натижалари)	312
<i>Қурбонова Р.Р., Мамасолиев З.Н., Хакимова З.К., Мамасолиев Н.С.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	313
<i>Қурбонова Ю.Қ., Насретдинова М.Т.</i>	
РОЗЕКС МАЛҲАМИ РОЗАЦЕА КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ	314
<i>Қўчқаров А.А.</i>	

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ	315
<i>Латипжонов М.Ж., Аббосова И.А., Рустамов Х.Ш.</i>	
ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ НАУЧНЫХ ПРОГРАММ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ «ГЛАВНЫХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРИЧИН» ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ	316
<i>Маевлянов Н.Х., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Салохидинов А.С.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ АНТИБИОТКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ	316
<i>Мадаминова Н.Э.</i>	
ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИ ВА ДИСБИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТРАНСКРАНИАЛ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ (ТЭС) ВА САНТИМЕТРЛИ ДИАПАЗОНДАГИ МИКРОТЎЛҚИН (СДМТ) ТЕРАПИЯ ТУРМУШ СИФАТИ КЎРСАТКИЧИГА ТАЪСИРИ	318
<i>Мадумарова А.А., Хамрабаева Ф.И.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 ЛЕТ (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)	319
<i>Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Валиева М.Ю.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)	320
<i>Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Ахмадалиева У.К.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	321
<i>Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАСА И КУРЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	322
<i>Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С., Кодиров Д.А.</i>	
К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ТЕЧЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-ORTEGA У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА	323
<i>Мамажонов У.Ш.</i>	
МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ И ПОПУЛЯЦИОННО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АНЕМИИ У НАРКОМАНОВ	324
<i>Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.</i>	

<p>БУДУЩЕЕ НЕФРОЛОГИИ, КОТОРОЕ УЖЕ НАСТУПАЕТ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА В КЛИНИКЕ ХБП</p> <p><i>Мамасалиев Н.С., Мамасолиева Ш.А., Курбонова Р.Р., Сапиохунова Х.М.</i></p>	325
<p>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАННИХ СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ (В ПРИМЕРЕ РАБОТОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНА)</p> <p><i>Мамасалиев Н.С., Салохидинов А.С., Усмонов Б.У., Каландаров Д.М.</i></p>	326
<p>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ НАРКОМАНИИ: ПРИОРИТЕТЫ В СТРАТЕГИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ УЗБЕКИСТАНА</p> <p><i>Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Курбанова Р.Р., Сапиохунова Х.М.</i></p>	327
<p>ОТ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЙ К ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПОНИМАНИИ «ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МАРШРУТОВ»</p> <p><i>Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Мамасолиева Ш.А.</i></p>	327
<p>ХРОНОПРОФИЛАКТИКА, ХРОНОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОНАЗОРАТ УЧУН ИНФЕКЦИОН КЕРАТИТНИ ТУРЛИ МЕТЕОШАРОИТЛАРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА РИВОЖЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ</p> <p><i>Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.</i></p>	328
<p>АСОСИЙ КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА МЕТЕОТРОПЛИ РЕАКЦИЯЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК, КЛИНИК ВА ХРОНОБИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ (КЕРАТОПАТИЯЛАР МИСОЛИДА)</p> <p><i>Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р., Каландаров М.</i></p>	329
<p>МУГУЗ ПАРДА ЯРАСИНИ ХРОНОБИОЛОГИК ВА КЛИМАТОБИОРИТМОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ</p> <p><i>Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Каландаров М.</i></p>	329
<p>ТУРЛИ ГЕРОНТОЛОГИК ЁШ ГУРУХЛАРИГА МАНСУБ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АХОЛИСИДА ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ</p> <p><i>Мамасолиев З.Н., Хакимова З.К., Мамасолиев Н.С.</i></p>	330
<p>ХРОНОПРОФИЛАКТИКА, ХРОНОТЕРАПИЯ ВА ФАРМАКОНАЗОРАТ УЧУН ИНФЕКЦИОН КЕРАТИТНИ ТУРЛИ МЕТЕОШАРОИТЛАРГА БОҒЛИҚ ХОЛДА РИВОЖЛАНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ</p> <p><i>Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Турсунов Х.Х., Усмонов Б.У.</i></p>	331
<p>ПРИЧИНЫ УХУДШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ В ОТНОШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)</p> <p><i>Мамасолиева Ш.А., Ибрагимов М.К., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У.</i></p>	331

«ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ДОРОГА» ОТ ФАКТОРОВ РИСКА К ХБП: КАК ПРОДЛИТЬ ДИСТАНЦИИ? (РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)	332
<i>Мамасолиева Ш.А., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Сапиохунова Х.М.</i>	
ОПРЕДЕЛИТ ЧАСТОТУ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.	333
<i>Маматхужаев А.С.</i>	
КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ КОМБИНАЦИИ ВИТАМИНА D, МАГНИЯ И ВИТАМИНА В ₁₂ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДО ТЯЖЕЛЫХ ИСХОДОВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСОМ	334
<i>Маматхужаев А.С.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОСКАНА В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА V+D.	336
<i>Маматхужаев А.С.</i>	
РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	336
<i>Маткаримов Б.Х., Зияев Х.</i>	
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ЎҚИТУВЧИЛАРИДА КЎП УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАРТАҲЛИЛИ	338
<i>Махаммадиев Б.Ф., Расулова Л.Л., Рахимова Д.Ж.</i>	
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ В УРОИНФЕКЦИИ	338
<i>МАХМУТОВ Р. Х., АБДУЛЛАЕВА Т.Ю.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ	340
<i>Махсумова Д.К., Салохиддинов З.С., Мамасолиев Н.С.</i>	
ЎСМИРЛАРДА СУИЦИДАЛ ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАРНИНГ ГЕНДЕР ФАРҚЛАРИ	341
<i>Мирзаев А. А., Аграновский М. Л., Мўминов Р. К., Махмудова Х.Х.</i>	
СЕКРЕТОР ДИАРЕЯЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИНИ ОВҚАТЛАНИШ ТУРИГА ҚАРАБ ЎЗГАРИШИ	342
<i>Мулладжанова К.А.</i>	
ИНВАЗИВ ДИАРЕЯЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИНИ ОВҚАТЛАНИШ ТУРИГА ҚАРАБ ЎЗГАРИШИ	343
<i>Мулладжанова К.А.</i>	

ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ COVID-19	344
<i>Муминова Н.Х.¹, Высогорцева О.Н.²</i>	
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРОМБОФИЛИЙ НА РАЗВИТИЕ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	345
<i>¹Мусашиайхов У.Х., ²Каримов Х.Я., ²Бобоев К.Т., ¹Мусашиайхов Х.Т.</i>	
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА	346
<i>¹Мусашиайхов У.Х., ²Каримов Х.Я., ²Бобоев К.Т., ¹Мусашиайхова Ш.М.</i>	
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ МИЕЛОФИБРОЗОМ	348
<i>Мусашиайхова Ш.М.¹, Бобоев К.Т.², Салохиддинов З.С.¹, Мусашиайхов У.Х.¹.</i>	
ОЦЕНКА АССОЦИАТИВНОЙ СВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TP53 С ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ И ПЕРВИЧНОМУ МИЕЛОФИБРОЗУ	350
Закладка не определена.	
<i>Мусашиайхова Ш.М., Бобоев К.Т., Салохиддинов З.С., Мусашиайхов У.Х.</i>	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ	352
<i>Мусашиайхова Ш.М., Бобоев К.Т., Салохиддинов З.С., Мусашиайхов У.Х.</i>	
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР СПЕКТРИ ВА ЛИПИДЛАРНИНГ ПЕРОКСИД ОКСИДЛАНИШ ЖАРАЁНИНИ БАХОЛАШ	354
<i>Набиев У., Таштемирова И.М., Кодирова Г.И., Усманов Б.Б., Лутфуллаев У.</i>	
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	355
<i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.</i>	
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА	356
<i>Назарова Г. У., Бойкузиева М.Б.</i>	
ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ	357
<i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Худойбердиев Ж.М.</i>	
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	358
<i>Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ	359

Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.	
ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ	359
<i>Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	360
<i>Насретдинов З.Т., Эшбадалов Х.Ю., Файзиходжаев О.С.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СЕПТОПЛАСТИКОЙ	362
<i>Нелюбова Е.А., Григорьева А.А.</i>	
МИКРОБИОТА ПОЛОСТИ НОСА И ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОИДАМИ 3-4 СТЕПЕНИ	363
<i>Нелюбова Е.А., Григорьева А.А.</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ С ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ ПОЛИАРТРОПАТИЕЙ	364
<i>Нишонова Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р., Ахмедов Б.Х.</i>	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ В-КЛЕТОЧНОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ	264
<i>Нишонова Н.А., Ахмедова Х.Ю., Умурзакова Р.З., Абдувахопова Н.Р., Ахмедов Б.Х.</i>	
БИЛЛИАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	366
<i>Ниязова Ё.М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Сахаталиева Р.Р.</i>	
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	366
<i>Ниязова Ё.М., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х., Сахаталиева Р.Р.</i>	
ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.	367
<i>Ниязова Ё.М., Сахаталиева Р.Р., Абдувалиева Г.Т., Яминова Н.Х.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СПИРОНОЛАКТОНА И ЭПЛЕРЕНОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	368
<i>Нуритдинов Н.А., Камилова У.К.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АНТИАНЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	369

<i>Нуритдинова Г.Т., Ахмаджанова Д. Р.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА	370
<i>Нуритдинова Г.Т., Ахмаджанова Д. Р.</i>	
АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ЎСМИРЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ ВА ЖИХАТЛАРИ	371
<i>Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Усмонов Б.У.</i>	
ЎСМИРЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПОТОНИЯНИ ШАКЛЛАНИБ ВА АВЖЛАНИБ БОРИШИНИНГ ХОС ҚИРРАЛАРИ (ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТ).	371
<i>Нурматова Т.С., Мамасолиев Н.С., Каландаров Д.М., Усмонов Б.У.</i>	
СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОСРЕДСТВОМ ПРИВЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СЕМЕЙНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ Г. ТАШКЕНТА	372
<i>Нурмухамедова Р.А., Одылова Б.Т.</i>	
ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ШУМОМ В УШАХ	374
<i>Орзукулов Б. М., Насретдинова М.Т.</i>	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОТУЛИЗМА	375
<i>Осипова Е. М., Шаджалилова М. С.</i>	
КРЕМ «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ГРИБКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ	376
<i>Пакирдинов А.Б.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «УРСОСАН» И МАЗИ “ЭПЛАН” У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА	376
<i>Пакирдинов А.Б.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ С ПОМОЩЬЮ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ»	377
<i>Пакирдинов А.Б.</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ	378
<i>Пакирдинов А.Б., Арапов Б.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «РУМИКОЗА» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ	379
<i>Пакирдинов А.Б., Арапов Б.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ЭКЗОДЕРИЛА» ПРИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ	379

<i>Пакирдинов А.Б., Арапов Б.</i>	
КОРАНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ВА ВИРУСЛИ ЗОТИЛЖАМ ҚУШИЛИБ КЕЛИШИ.	380
<i>Парпиева Н.Н., Мухамедов К.С., Онгарбайев Д.О., Шаниязов А.Ж., Эшонов С.З.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	381
<i>Пирматов Ш.Ш., Рахматуллаева Н.И., Холматов Р.И.</i>	
ГИПНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ	382
<i>Пулатова Р.Р., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Махмудова Х.Х.</i>	
ВИРУСЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОГЕМОДИНАМИК БУЗИЛИШЛАРНИ ПРОГНОЗЛАШ	383
<i>Равзатов Ж.Б., Жураева М.А.</i>	
КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАР ЁРИБ ЧИҚИШИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИ БАҲОЛАШ	384
<i>Раимжонов Р.Р. Ризаев Ж.А.</i>	
СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ	386
<i>Расулова И.А., Хамдамов А.Б.</i>	
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ 25(ОН)Д НА РАЗВИТИЕ РАХИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	388
<i>Расулова Н.А., Расулов А.С., Ирбутаева Л.Т.</i>	
СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	389
<i>Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.</i>	
СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТЛАРНИ ТАРҚАЛИШНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА ЎРГАНИШ.	390
<i>Рахимов У.Р., Авезов М.И.</i>	
ГЕПАТИТ В НИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ВАКЦИНАЛАРНИНГ ҚЎЛЛАНИШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ.	291
<i>Рахматова М.М.</i>	
5 ЁШГАЧА БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ҚИЗАМИҚ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА АСОРАТЛАРИНИ КАМАЙТИРИШ МАҚСАДИДА ВИТ А НИ ҚЎЛЛАШ	392
<i>Рахматова М.М.</i>	
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	393

<i>Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Эралиев У.Э., Холматов С.И.</i>	
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КАСАЛХОНА ИЧИ ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА РЕТРОСПЕКТИВ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ	394
<i>Рахмонбердиев М.А., Матназарова Г.С., Нетьматова Н.Ў.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	396
<i>Рустамова И.К., Жалалова М.З., Косимова Г.Ю.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ	397
<i>Рустамова И.К., Тухтасинова М.Ш., Алиев Д.С.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА	398
<i>Рустамова И.К., Мамасадиқов А.Р., Кабилов Ш.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	399
<i>Рустамова И.К., Хожиматова З.Э., Алиев Д.С., Бойдадаев З.Ш.</i>	
ДИАГНОСТИКА ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	400
<i>Рустамова И.К., Мухторов Р.Б., Абдурахмонов И.И., Бойдадаев З.Ш.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ПРИ АТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ	401
<i>Рустамова Э.И., Шадиев А.Э.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	402
<i>Садикова Д.И., Курбанова Д.И., Юсуфалиева Г.А.</i>	
КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЦИСТИТЕ	403
<i>Садикова Д.И., Курбанова Д.И., Халимжанова М.И.</i>	
БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ	404
<i>Садикова Д.И., Рустамов У.М., Хамраев О.А., Бобоев Р.А., Мамаризаев А.А.</i>	
ТИББИЙ ХОДИМЛАРНИ ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ	405
<i>Сайдолим М., Рахимов Ю.</i>	

<p>ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА</p> <p><i>Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Алибеков Ш.О.</i></p>	406
<p>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ</p> <p><i>Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О.</i></p>	407
<p>КЛИНИКО - ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В</p> <p><i>Салохиддинов З.С., Махсумова Д.К., Кодиров Д.А., Валиева М.Ю., Алибеков Ш.О.</i></p>	408
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ</p> <p><i>Саматов У.А.</i></p>	409
<p>СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ В СТОМАТОЛОГИИ</p> <p><i>Саматов У.А.</i></p>	410
<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ВЗРОСЛЫХ С ДЕФИЦИТОМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВИТАМИНА D</p> <p><i>Санакулов А.Б.</i></p>	411
<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕМОНОТОННОГО ЭФФЕКТА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ - АССОЦИИРОВАННОЙ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ</p> <p><i>Сапиохунова Х.М., Мамасалиев Н.С., Ибрагимов М.К., Салохиддинов А.С.</i></p>	412
<p>КАК «ПОДКРЕПИТЬ» ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПУТНИКА НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА? (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПРИМЕРЕ АНДИЖАНА)</p> <p><i>Сапиохунова Х.М., Мамасалиев Н.С., Курбонова Р.Р., Мамасолиева Ш.А.</i></p>	413
<p>ЭРТА РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРЛАРИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОСТЕОАРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БАҲОЛАШ</p> <p><i>Сафаров А.Ж., Камилова У.К.</i></p>	414

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ	415
<i>Солиев Д.К., Солиев К.К, Салиев Ф.А., Усманова У.И.</i>	
СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ФОНЕБЕТТА-ТАЛАССЕМИИ	416
<i>Солиев К.К, Кадиоров Ж., Солиев Д.К, Салиева М.О., Усманова У.И.</i>	
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ	416
<i>Солиев К.К, Ахмаджонова М, Солиев Д.К, Усманова У.И., Солиева М.О.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОГЕМОРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ У ДЕТЕЙ.	417
<i>Соломонник О.Н.</i>	
SPECIAL PREVENTION OF CORONAVIRUS COVID-19 IN ADULTS. Solomonnik O.N.	418
НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ	419
<i>Таджиев Б.М., Динмухаммадиев Н.А., Мирхашимов М.Б.</i>	
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	420
<i>Ташкенбаева У.А., Клеблеева Г.Д.</i>	
АНАЛИЗ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	421
<i>Ташкенбаева У.А., Клеблеева Г.Д.</i>	
ЧАП ҚОРИНЧА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СТАТИНЛАР ВА МЕТАБОЛИК ДАВОЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ	422
<i>Таштемирова И.М., Юсувалиев М.Д., Қодирова Г.И., Лутфуллаев У., Набиев У.</i>	
COVID 19 БИЛАН ИНДУЦИРЛАНАГАН ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАР АЛМАШИНУВИНИ БУЗИЛИШИ	422
<i>Таштемирова И.М, Лутфуллаев У., Хужамбердиев М.А., Қодирова Г.И.</i>	
ПРАВОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД COVID-19	423
<i>Тошматова В.И., Гафурова Н.Э.</i>	
ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН КОМОРБИД КЕЧГАН БЕМОРЛАРДА ЭХОКАРДИОГРАФИК КЎРСАТКИЧЛАР	424
<i>Тошов С. С., Камилова У. К.</i>	

К ВОПРОСУ ВКЛАДА МЕТЕОФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ (В ПРИМЕРЕ СОЛНЕЧНОГО СИЯНИЯ) В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	425
<i>Туйчиев А.Х., Мамасалиев Н.С., Турсунов Х.Х., Курбонова Р.А.</i>	
СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА УСТУВОР ХАТАР ОМИЛЛАРИ: ГИПОДИНАМИЯ ВА КИМЁВИЙ ВОСИТАЛАРНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФЛАРИ	426
<i>Турсунов Х.Х., Мамасалиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Каландаров Д.М.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	427
<i>Турсунова Д.А., Хайдарова Д.С.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ НАЗАЛЬНОГО СПРЕЯ ПОЛИДЕКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА	428
<i>Уктамов Д. Ш., Хайитов А. А.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕТАЛЬНОЙ ЭКГ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА	428
<i>Уктамова Ю.У., Бектемирова Ш.Х., Худоярова Д.Р.</i>	
ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА МАЛЬТОФЕР ПРЕПАРАТИНИ АСКОРБИН КИСЛОТАСИ БИЛАН БИРГА ҚЎЛЛАНИШИ	429
<i>Умарова М.А.</i>	
КОРРЕКЦИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (КДГК) У БОЛЬНЫХ В РАЗНОМ ВОЗРАСТЕ	430
<i>Уралбоев И. Э, Хамдамов М.М. Шадиева Х.Н</i>	
REPAIRING OF CHEST-WALL DEFORMATION IN CHILDREN (PECTUS CARINATUM).	431
<i>Uralboev I.E., Khamdamov M.M., Mamutova E.C.</i>	
ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА	432
<i>Уринов Б.Б, Рахматуллаева Н.И, Холматов Р.И., Рахматуллаев Ф.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА	433
<i>Уринов Б.Б, Рахматуллаева Н.И, Холматов Р.И., Рахматуллаев Ф.А.</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРА	435
<i>Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.</i>	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА	435
<i>Усманова Д.У., Даминов Б.Т., Ибрагимов А.Ю., Алимов У.С.</i>	

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19	437
<i>Усманова Элмира Мамарафиковна</i>	
ТЎҒРИ РАЦИОНАЛ ОВҚАТЛАНИШ: САЛОМАТЛИК ВА УЗОҚ УМР КАФОЛАТИ	438
<i>Усманова Я.Ф., Худойбердиев Ж.М., Бойқўзиева М.Б.</i>	
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА ТАДБИРЛАРИ	439
<i>Усманова Я.Ф., Назарова Г.У., Рахматова М.М.</i>	
ФЕРМЕРЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА НОМУВОФИҚ ОВҚАТЛАНИШ ХАТАР ОМИЛИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ	440
<i>Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Каландаров Д.М.</i>	
КИШЛОҚ АҲОЛИСИДА БУЙРАК – ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАФСИЛОТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ НЕГИЗЛАРИ	441
<i>Усмонов Б.У., Мамасолиев Н.С., Абдурахмонов Б.М., Каландаров М.</i>	
АЛЬБИНИЗМ ХАСТАЛИГИНИ ФАРҒОНА ВОДИЙ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ	441
<i>Фозилов Ф.А.</i>	
«ГЕПА-МЕРЦ» В СОЧЕТАНИИ С МАЗЬЮ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ	442
<i>Фозилов Ф.А.</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	443
<i>Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А., Халилов А.С.</i>	
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	444
<i>Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Махамадаминов А.Г., Набиев А.А., Халилов А.С.</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ВИЧ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С УЧЕТОМ СТАДИЙ И ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ	445
<i>Хайруллина А.Х.</i>	
ГЕРОНТОЛОГИК ГУРУХГА МАНСУБ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА АРАЛАШ ГЛАУКОМАНИ ГЕНДЕРЛИ ВА ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИТЛАРИ	446
<i>Хакимова З.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Қаюмов У.К.</i>	

КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖИГА САБАБ БЎЛУВЧИ ИҚЛИМИЙ – ЖЎҒРОФИЙ ОМИЛЛАР	447
<i>Хакимова З.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С., Усмонов Б.У.</i>	
ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ФАРҒОНА ВОДИЙСИ ШАРОИТИДА ГЕРОНТО-ГЕРИАТРИК ХУСУСИЯТЛАРИ (проспектив тадқиқот натижалари)	447
<i>Хакимова З.К., Мамасолиев З.Н., Мамасолиев Н.С.</i>	
ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	448
<i>Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ БАЦИЛЛЯРНЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	449
<i>Хакимова Р.А., Кучкарова., Хакимов Н.С., Ботирова Б.Т.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ПРОПОЛИСОМ, У ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	450
<i>Хакимова Р.А., Абдумананова Р.К., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю.</i>	
ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ	450
<i>Р.А.Хакимова, Н.С. Хакимов, Д.К. Махсумова</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	451
<i>Хакимова Р.А., Садыкходжаев С.Б., Абдукадирова Г.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОЛИСА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	452
<i>Хакимова Р.А., Абдумананова Р.К., Ботирова Б.Т.</i>	
ЧАСТОТА ГЕПАТОМЕГАЛИЙ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ	453
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Султанов Г.И., Мавлянов М.К.</i>	
ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	453
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Махсумова Д.К., Султонов Г.И.</i>	
ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	454
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Махсумова Д.К., Абдумананова Р.К.</i>	

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫХ БАЦИЛЛЯРНЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	455
<i>Хакимова Р.А., Кучкарова ., Хакимов Н.С., Ботирова Б.Т.</i>	
ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	455
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Султонов Г.И.</i>	
ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ	456
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К.</i>	
ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	457
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Абдумананова Р.К.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ПРОПОЛИСОМ, У ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	457
<i>Хакимова Р.А., Абдумананова Р.К., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	458
<i>Хакимова Р.А., Садыкходжаев С.Б., Абдукадилова Г.</i>	
ЧАСТОТА ГЕПАТОМЕГАЛИЙ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ	459
<i>Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Султанов Г.И., Мавлянов М.К.</i>	
ВЫЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	460
<i>Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К.</i>	
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ БОТУЛИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	461
<i>Халилова З.Т., Касимов И.А., Осипова Е.М.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭШЕРИХИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	462
<i>Халилова З.Т., Бурибаева Б.И.</i>	
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТА ПРИ МИГРЕНИ	463
<i>Хамидов О.Х., Рустамов Х.Ш., Кучкарова О.Б., Мухторов Р.Б.</i>	
ПРЕПАРАТ МЕТРОВИТ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ	464
<i>Хамидов Ф.Ш.</i>	

<p>КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ И РАЗЛИЧНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p><i>Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф., Хамидова М.З.</i></p>	465
<p>КОЛОСТРУМ ПРЕПАРАТИНИ ЎЧОҒЛИ АЛОПЕЦИЯДАГИ САМАРАДОРЛИГИ</p> <p><i>Хамидов Ф.Ш., Пулатов Б.Т., Зокиров Ш.К., Мўйдинов М.М.</i></p>	466
<p>АРТРОПЛАСТИКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ШЕЙКИ БЕДРА</p> <p><i>Хамраев А.Ш., Тугузуов Б.Э. Исмаилов Н.У., Кобилов Н.Р., Хаитов А.А., Эргашев А.З., Мамажонов Ш.Т., Мирзаахмедов Ф.М.</i></p>	466
<p>ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ КОВИДНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</p> <p><i>Холбобоева Ш.А.</i></p>	467
<p>ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ</p> <p><i>Холикова Н.А., Ганиев Б. С., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р.</i></p>	469
<p>ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ</p> <p><i>Холикова Н.А., Мамасолиев Н.С., Ганиев Б.С., Усмонов Б.У.</i></p>	470
<p>АЛКАЛОИДЫ РАСТЕНИЙ BERBERIS OBLONGA SCHNEYD И BERBERIS TURCOMANICA KAR.</p> <p><i>Хомидов И.И., Махаматова С.Х.</i></p>	471
<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</p> <p><i>Хужамбердиев М.А., Таштемирова, И.М., Узбекова Н.Р., Бахриддинова Н.</i></p>	472
<p>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА</p> <p><i>Хусинова Ш.А., Юлдашова Н.Э.</i></p>	473
<p>КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ИНДИВИДУАЛ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ</p> <p><i>Ҳолиқов Ш., Норов А.У</i></p>	474
<p>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ</p> <p><i>Шаджалилова М.С.</i></p>	475

КЛИНИЧЕСКИЙ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ	476
<i>Шаджалилова М.С., Кулдашева М.</i>	
ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С COVID-19	478
<i>Шадманов А.К., Рахмонбердиев Х.Қ., Сайдахмедов С.Х.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ	479
<i>Шарапова Г.М., Шаджалилова М.С.,</i>	
БОЛАЛАРДА САЛЬМОНЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИНИ ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯ БИЛАН БИРГАЛИҚДА КЕЧИШИДА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ	480
<i>Шарапова Г.М., Шаджалилова М.С.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ “АРОМАТИЗАТОР ГОВЯДИНЫ № 3”	481
<i>Шеркузиева Г.Ф., Хегай Л.Н., Ахмадходжаева М.А.</i>	
ПОЛИМОРБИДНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ЧТО РЕАЛЬНО ВОЗМОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ?	482
<i>Юлдашев Р.Н., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Курбонова Р.Р.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРЕВАЛЕНСА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА	483
<i>Юлдашев Р.Н., Мамасалиев Н.С., Ганиев Б., Холикова Н.А.</i>	
ОИВ- ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯНИ КЛИНИК КЕЧИШИ	484
<i>Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.</i>	
THE EFFECT OF APPLICATION OF PROBIOTIC AND LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENDED DIARRHEA	485
<i>Yuldashev Ya.Yu.</i>	
ANALYSIS OF RESEARCH AND RESULTS OF CHORONOVIRUS INFECTION DIAGNOSIS IN ANDIZHAN REGION	486
<i>Yuldashev Ya.M., Mirzakarimova D.B.</i>	
ОИВ- ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯНИ КЛИНИК КЕЧИШИ	487
<i>Юлдашев Я.М., Мирзакаримова Д.Б.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА И ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ	488
<i>Юлдашев.В.Б., Косимов П.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М., Уринбоев.О.А.</i>	

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	489
<i>Юлдашев.В.Б., Джаббаров С.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М.</i>	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА	490
<i>Юлдашова Н.Э., Аблакулова М.Х.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА СЛЕПОТЫ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИ-VGEF ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЁКА	491
<i>Янгиева Н.Р., Муханов Ш.А., Гиясова А.О., Мубаракова К.А.</i>	
ХИРУРГИЯ	
THE PROBLEM OF PREVENTION OF SECONDARY KELOID SCARRING	493
<i>D.A.Abdukadirov, M.M.Madazimov K.M.Madazimov</i>	
PREVENTION OF POSTOPERATIVE KELOID SCARRING IN ABDOMINAL SURGERY	494
<i>D.A.Abdukadirov, M.M.Madazimov, K.M.Madazimov</i>	
PREVENTION OF IMMEDIATE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS WITH LOW-TRAUMATIC ACCESS IN CASE OF DEFLATED NODULAR GOITER	495
<i>Aliboev M.R., Khozhimetov D.Sh.</i>	
TACTICS ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID DISEASES WITH RETROSTERNAL LOCALIZATION	496
<i>Aliboev M.R.</i>	
POLIPOZ RINOSINUSITDA YALLIG‘LANISH VA IMMUNITET NAMOYON BO‘LISHINING XUSUSIYATLARI	497
<i>Axmadjonov M.A., Tojiboyev A.A.</i>	
SURUNKALI POLIPOZ RINOSINUSITNI DA VOLASH	498
<i>Axmadjonov M.A., Tojiboyev A.A.</i>	
KRON KASALLIGINI ANIQLASHDA ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA USULLARI	500
<i>Baxronov J.J., Ubaydullayev S.Z., Muhiddinzoda R.N.</i>	
KATTA YOSHDAGI INSONLARDA KARIES KASALLIGINING INDIVIDUAL PROFILAKTIKASI (INDIVIDUAL PROFILACTICS OF CARIES DISEASE IN ADULTS)	500
<i>Daminova M. I.</i>	
BOLALARDA FARINGEAL BODOMSIMON BEZLARNI DA VOLASH USULLARI	502
<i>Husanov Sh. R.</i>	

SURGICAL TREATMENT OF HYPERTROPHY OF THE NASOPHARYNGEAL TONSIL	504
<i>Husanov Sh.R.</i>	
XOMILADORLIK VA VARIKOZ XASTALIGI	505
<i>Ikramova F.D., Salahidinov.S.Z., Muhammadjonova.M.M., Zaynobiddinova.D.S.</i>	
ON THE ISSUE OF SURGICAL METHODS FOR THE TREATMENT OF DISLOCATION SYNDROME IN SUPRATENTORIAL BRAIN TUMORS.	506
<i>Isakov B.M., Khakimov M.N., Isakov K.B., Baratov Sh.</i>	
COVID-19 AND IRON DEFICIENCY ANEMIA: THE RELATIONSHIP BETWEEN PREVENTION AND THERAPY	507
<i>Jalolov I.A., Khakimov N.S.</i>	
PREVENTION OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES AFTER LUNG SURGERY	508
<i>Khabibullaev A.P., Pakirdinov A.S., Suyunov D.M.</i>	
COMPLICATIONS OF ACUTE APPENDICITIS AND APPENDECTOMY	509
<i>Kilichev M.R.</i>	
THE USE OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN DUODENAL ULCER	510
<i>Kilichev M.R.</i>	
SUYAK SINISHLARINI DAVOLASH MUAMMOLARI, TIRSAK BOGIM SOHASIDA.	511
<i>Kosimxojiev M.I., Kurbanova D.I. Sodikova D.I., Kosimxojiev F.T.</i>	
MINIMALLY INVASIVE METHODS OF INTERVENTION IN THE COMPLEX TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE	512
<i>Kurbanov H.A.</i>	
MODERN METHODS OF DECOMPRESSION OF THE BILIARY SYSTEM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE SYNDROME	513
<i>Kurbanov H.A.</i>	
A METHOD OF PLASTICIZING POST-BURN SCAR DEFORMATION OF THE HAND USING INTRAOPERATIVE BALLOON STRETCHING.	514
<i>Madazimov Madamin Muminovich, Askhanov Zafarbek Pattakhonovich, Khabibullaev Asilbek Pattakhon ugli, Askhanova Gulida Bokhodirovna.</i>	
TIZZA BO'G'IMINING OLDINGI XOCHSIMON BOG'LAMINI "ALL INSIDE" USULIDA PLASTIKA QILISH	516
<i>MAMATKULOV K. M. XOLXO'JAYEV F. I. RAHMONOV Sh</i>	
REVMATIK UVEITLARNI DAVOLASHDA IMMUNOSUPPRESSANTLAR	517
<i>Mirzaeva A.M., Mirzaeva R.Z.</i>	

KATARAKTADA IMMUNI TUZILISH XUSUSIYATLARI	519
<i>Mirzaeva R.Z.</i>	
OCHIQ BURCHAKLI GLAUKOMA BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LIMFOTROPIK TERAPIYA	520
<i>Mirzaeva R.Z.</i>	
MODERN VIEWS ON THE PROBLEM OF PATHOGENESIS AND TREATMENT OF AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION	521
<i>Mirzayeva A.M., Mirzayeva R.Z.</i>	
METHODS OF EMERGENCY PREVENTION AND CORRECTION OF ABDOMINAL PATHOLOGIES IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC	523
<i>Nabiev R.R., Khakimov N.S.</i>	
MODERN METHODS OF TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE LARYNX	524
<i>Narbaev Z.K., Kasimov K.K., Narbaev K.P.</i>	
OPERATIVE METHODS OF TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED LARYNGEAL CANCER	525
<i>Narbaev Z.K., Kasimov K.K., Narbaev K.P.</i>	
Preventive aspects of postoperative hypothyroidism by autotransplantation of thyroid tissue in diffuse toxic goiter	526
<i>Nishanov M.F., Aliboev M.R. Bozorov N.E.</i>	
MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES FOR BILE TRACT DRAINAGE IN NON-RESECTABLE TUMORS OF THE HEPATOPANCREADUODENAL ZONE COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE	528
<i>Pakirdinov A.S., Suyunov D.M., Sayfutdinova M.A.</i>	
COVID-19NING SIYDIK YO'LLARIGA TA'SIRI	529
<i>Sadikova D.I., Rustamov U.M., Abdulazizov S.A., Hujamberdiev U.E., Sayfetdinov S.</i>	
COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA SIYDIK YO'LLARI INFEKTSIYASINI DAVOLASHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI	530
<i>Sadikova D.I., Rustamov U.M., Xamraev O.A., Abdulazizov S.A., Xujamberdiev U.E.</i>	
SURGICAL TREATMENT OF DEEP BURNS, DEEP BURNS BASED ON THE USE OF SURGICAL NECRECTOMY AND MODERN	531
<i>Salakhiddinov K.Z.</i>	
WOUND COATINGS AND CELLULAR TECHNOLOGIES IN THE COMPLEX TREATMENT OF DEEP AND EXTENSIVE BURNS	533
<i>Salakhiddinov K.Z.</i>	

IATROGENIC INJURIES OF THE EXTRAHEPATIC DUCTS DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY	534
<i>Salakhidinov S.Z., Usmonov X.Q., Kadirov Sh.N.</i>	
CHOICE OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS	535
Shavazi R.N.	
BILIAR PANKREATITNI KLINIK KECHISHINI GERONTOLOGIK XUSUSIYALARI	536
<i>Suyunov D.M. Xabibullaev A.P.</i>	
BILIAR PANKREATIT RIVOJLANISHIDA XATAR OMILLARI.	537
<i>Suyunov D.M. Xabibullaev A.P. Ablakimov N.K.</i>	
SURUNKALI BAKTERIAL VA POLIPOZLI ETMOIDITNING GENETIK XUSUSIYATLARI	537
<i>Tojiboyev A.A.</i>	
SURUNKALI POLIPOZLI ETMOIDIT KECHISINING XUSUSIYATLARI	539
<i>Tojiboyev A.A.</i>	
EVALUATION OF THE EFFECT OF LYMPHATIC THERAPY AFTER LAPAROSCOPIC ABDOMINAL SURGERY	540
<i>Usmonov X.Q. Kadirov Sh.N., Kadirov M.Sh.</i>	
THE CHOICE OF TACTICS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED OBSTRUCTIVE JAUNDICE	541
<i>Usmonov X.Q., Kadirov Sh.N., Salakhidinov S.Z.</i>	
EVALUATION OF THE EFFECT OF LYMPHATIC THERAPY AFTER LAPAROSCOPIC ABDOMINAL SURGERY	542
<i>Usmonov X.Q. Kadirov Sh.N., Kadirov M.Sh.</i>	
LEADING FACTORS TO CONVERSIONS IN ENDO VIDEO LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES	543
<i>Usmonov X.Q., Kadirov M.Sh., Kadirov Sh.N. Yuldoshev A.A.</i>	
JIGAR SIRROZI TASHXISOTIDA ELASTOGRAFIYANING AHAMIYATI	544
<i>Xakimov N.S., Jalalov I.A.</i>	
JIGAR TURLI KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI NATIJALARINI BAHOLASH	545
<i>Xakimov N.S., Nabiev R.R.</i>	
JIGAR PARENXIMASINING JIDDIY KASALLIKLARIDA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVI	546
<i>Xakimov N.S., Hakimova R.A.</i>	

ME‘DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI. <i>Xasanov D.SH.</i>	548
ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASHDAGI O‘RNI <i>Xasanov D.SH., Mamarasulova D.Z., Urmanboeva D.A.</i>	548
MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA VA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVILARNI TO‘G‘RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASIDAGI O‘RNI <i>Xasanov D.SH.</i>	549
STABIL STENOKARDIYA FK II-III DATERI ORQALI KORONAR ARALASHUVDAN KEYIN STATINLAR TERAPIYASIGA RIOYA QILISH <i>Xusinova Sh. A., Soleeva S. Sh., Sulaymanova N. E.</i>	550
ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА <i>Абдуллаев А.С., Кучкорова Ф.</i>	550
ПРИМЕНЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ТРЕНАЖЕРОВ ПРИ ОТЛУЧЕНИИ ОТ ИВЛ ПАЦИЕНТОВ С ТРАХЕОСТОМОЙ <i>Абдуллаев А.С., Кучкорова Ф.</i>	551
ТАКТИКА АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ <i>Алибоев М.Р., Бозоров Н.Э</i>	553
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЕ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ <i>Алимухамедова Феруза.Шавкатовна. Джураев Ахрорбек Махмудович</i>	554
ГЕМОСТАЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ <i>Аллазов С.А., Аллазов.И.С., Искандаров Ю.Н.</i>	555
ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ЛАГОХИЛУСОМ ПРИ МАССИВНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ГЕМАТУРИЯХ <i>Аллазов С.А., Махмудов Ш.Б, Аллазов И.С., Латипов Н.Ф.</i>	556
ОЦЕНКА АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ <i>Арзикулов А.Ш., Маматхужаева Г. А., Арзибеков А.Г., Кадиров Х.С</i>	557
РАЗНООБРАЗИЕ ПОДХОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИСУСИТА <i>Ахмаджонов М.А., Тожибоев А.А.</i>	558

<p>СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА</p> <p><i>Ахмаджонов М.А.,</i></p>	560
<p>СИСТЕМНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ</p> <p><i>Бабаджанов А.Х., Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р.</i></p>	561
<p>СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ РЕТОБУЛЬБАРНОЙ БЛОКАДЫ</p> <p><i>Бектемирова Норбуви Тухтаевна</i></p>	562
<p>ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ</p> <p><i>Бектемирова Норбуви Тухтаевна; Толибов Каримбой Комил угли</i></p>	564
<p>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ</p> <p><i>Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш., Алибоев М.Р.</i></p>	565
<p>ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ</p> <p><i>Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Назирхужаев Д.К.</i></p>	567
<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ</p> <p><i>Бозоров Н.Э., Хожиметов Д.Ш., Бахридинов К.Б.</i></p>	569
<p>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫМ БИЛАТЕРАЛЬНЫМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ</p> <p><i>Ботиралиев А.Ш¹, Усмонов У.Д.²</i></p>	570
<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ</p> <p><i>Ботиралиев А.Ш¹, Усмонов У.Д.</i></p>	572
<p>МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p><i>Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З.</i></p>	574
<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА</p> <p><i>Ботиров Ж.А., Мадазимов М.М., Ботиров А.К., Султонов Х., Тургунбоев А.</i></p>	576

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА С НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА. <i>Валижанова З.И., Абдулхаева Д.Р., Юлдашева Г.Р., Турдиева Н.Д.</i>	578
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MMR 9 (GLN279ARG) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Василевский Э.А., Алейник В.А., Бобоев К.Т.,</i>	579
ИНТЕРЛАМИНАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. <i>Давлатов Б.Н., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Таиланов Ф.Н., Исаков К.Б., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.Н.</i>	580
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA (G634C) В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Дадабаев О.Т., Алейник В.А., Бобоев К.Т., Мусашияхов Х.Т.</i>	581
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ С РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>Дехконов А.Т¹., Дадабаев О.Т²., Хамдамов Б.З¹., Ражабов Д.У¹</i>	583
ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОГЕННОЙ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ XXI ВЕКА- Fast Trask Surgery (хирургия быстрой реабилитации). <i>Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.</i>	584
ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ЗНАЧЕНИЕ ПРИКЛАДНОЙ ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. <i>Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.</i>	586
ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОГЕННОЙ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ XXI ВЕКА- FAST TRASK SURGERY (ХИРУРГИЯ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ). <i>Джумабаев э.с., джумабаева с.э., саидходжаева д.г., пакирдинов а.с., суюнов д.м.</i>	587
СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА <i>Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Бабаджанов А.С., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Фарманова Г.У., Жумабаев Ж.Ж.</i>	589

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА	590
<i>Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.М.</i>	
СТЕНТИРОВАНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ	591
<i>Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Бабаджанов А.С., Нигматуллин Э.И., Фарманова Г.У., Давронов Р.С.</i>	
СТЕНТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ.	592
<i>Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Бабаджанов А.С., Цой А.О., Нигматуллин Э.И., Абдукаримов А.Д., Абдурашулов А.Р.</i>	
ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	593
<i>Дурсунов А.М., Умарова Г.Ш., Рузикулов О.М.</i>	
НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ	594
<i>Дурсунов А.М.¹, Мирзаев Ш.Х.¹, Рузикулов О.Ш.², Гаипов З.А.¹, Сайдирахматханов С.С.¹, Рахимов А.М.¹, Кахрамонов С.К.¹.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID – 19	595
<i>Жалолов И.А., Хакимов Н.С.</i>	
ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.	596
<i>Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.</i>	
ИНТЕНСИВНОСТЬ И ЧАСТОТА КАШЛЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ	597
<i>Ибадова О.А.</i>	
СПОСОБ ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩЕЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ПРОБОДНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ	598
<i>Изатиллаев И.Р., Ботиров А.К., Бозоров Н.Э., Султонов Х.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОБЪЕМНОЙ КТ-КОРОНАРОГРАФИИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	600
<i>Икрамов А.И.^{1,2}, Джураева Н.М.², Максудов М.Ф.^{1,2}, Турсунова Л.Н.¹, Абдухалимова Х.В.²</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	602
<i>Икрамова Ф.Д., Мадазимов М.М., Тешабоева М.А., Ахмаджонов Ж.У.</i>	

<p>«ОСОБЕННОСТИ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ LASIK И FEMTO-LASIK. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОКЕРАТОМА И ФЕМТОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА».</p> <p><i>Иномжонов М.И Проф., д.м.н. Каримова М.Х.</i></p>	605
<p>БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛДА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ</p> <p><i>Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.Н.</i></p>	606
<p>БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ЭНДОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАР АСОСИДА ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ</p> <p><i>Ирисметов М.Э., Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.Н.</i></p>	607
<p>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.</i></p>	608
<p>МИНИИНВАЗИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Давлатов Б.Н, Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б.</i></p>	609
<p>К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Баратов Ш.Б.</i></p>	610
<p>К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА.</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Давлатов Б.Н, Исаков К.Б, Джалилов Ф.Р, Абдулазизов О.Н.</i></p>	611
<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Давлатов Б.Н, Исаков К.Б, Баратов Ш.Б.</i></p>	612
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б, Мамаджанов К.Х.</i></p>	613
<p>ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА</p> <p><i>Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Мамаджанов К.Х, Мамадалиев А.Р.</i></p>	614
<p>К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛИТОВ.</p> <p><i>Исаков К.Б, Исаков Б.М, Давлатов Б.Н, Ташланов Ф.Н, Мирзаюлдашев Н.Ю, Мамаджанов К.Х, Джалилов Ф.Р, Абдулазизов О.Н.</i></p>	615

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	616
<i>Исаков П.М., Абдуллажанов Б.Р.</i>	
ПРИЗНАКИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ КАРТИНЫ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	618
<i>Исламов Ш.Э., Рахманов Х.А., Рахимов Н.М.</i>	
ЛЕЙШМАНИОЗЫ – ПАТОГЕНЕЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ.	619
<i>Исламова З. Б., Мамурова Г. Н.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ	620
<i>Йулдошев А.А., Кодиров М.Ш., Кодиров Ш.Н.,</i>	
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	621
<i>Кадиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Усмонов Х.К., Йулдошев А.А</i>	
МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	622
<i>Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Яхёев С.М.</i>	
ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ	624
<i>Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Яхёев С.М.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ КАРТИНЫ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА И ВИДЕООТОЭНДОСКОПИИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА	626
<i>Каримова З.Х., Косимов К.К.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ.	627
<i>Каримова М.Х., Закирходжаева М.А.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	628
<i>Каримова О. А.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА.	629
<i>Касимов Н. А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.</i>	

<p>РАЗРАБОТКА МЕТОДА ПЛАЗМОСОРБЦИИ С УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ</p> <p><i>Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю</i></p>	631
<p>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p><i>Касимов Н.А., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Мансуров Ш.Ш., Жураев Г.Г</i></p>	632
<p>ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.</p> <p><i>Касимов Н.А., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Мансуров Ш.Ш., Минаваров Н.Ю</i></p>	634
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА</p> <p><i>Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю.</i></p>	635
<p>ВЫБОР ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ</p> <p><i>Кодиров М.Ш., Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н</i></p>	636
<p>ПРИВОДЯЩИЕ ФАКТОРЫ К КОНВЕРСИИ ПРИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКРПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ</p> <p><i>Кодиров М.Ш., Кодиров Ш.Н. Усмонов Х.К., Йулдошев А.А</i></p>	638
<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУХИХ ПЯТЕН КРОВИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДНК ВИЧ В ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ</p> <p><i>Б.Б.Кораев, М.Х.Зайнигабдинова, М.А.Алимов, Г.М.Ходжиматова, А.М.Каюмов, М.М.Юнусов</i></p>	639
<p>ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ В АНДИЖАНСКОМ ОБЛАСТНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ</p> <p><i>Косимхожиев М. И., Косимхожиева Ф.Т., Курбанова Д.И., Содикова Д.И.</i></p>	640
<p>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОНАРТРОЗА</p> <p><i>Косимхожиев М.И.</i></p>	641
<p>ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОМАЛЯЦИЕЙ</p> <p><i>Косимхожиев М.И.</i></p>	643

COVID – 19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ ШАХСЛАР ЎРТАСИДА КАСАЛЛАНИШ ХОЛАТЛАРИНИ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ <i>Б.Б.Қораев, Т.Салиев, А.Искандаров, Б.Фаниев, Ё.М.Юлдашев, Д.Б.Мирзакаримова, Х.М.Гоффоров</i>	645
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ АКТИВАЦИЕЙ ПРОЦЕССОВ МЕТИЛИРОВАНИЯ <i>А.Ю. Лаптиёва, А.А. Глухов, В.В. Шишкина</i>	646
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА <i>Лигай Р.Е., Низамходжаев З.М., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Низматуллин Э.И., Абдукаримов А.Д., Фарманова Г.У., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б.</i>	647
УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ ЭКСПАНДЕРНОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ. <i>Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.</i>	648
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ОБЛАСТИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. <i>Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У., Мадазимов К.М.</i>	648
КОМБИНИРОВАННОЙ Т-ОБРАЗНОЙ СТОМЫ С КОЛОКОЛОАНАСТОМОЗОМ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА <i>Мамадиев А.М., Ходжиматов Г.М. Ботиров Ж.А.</i>	649
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЕ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК <i>Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.</i>	651
МАЛОИНВАЗИВНЫ МЕТОДЫ ДРОБЛЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Сайфетдинов С.И., Абдулазизов С.А.</i>	652
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЕ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК <i>Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.</i>	653
РАБОЧАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Маматов Б.Ю., Иброхимжонов М.Ш.</i>	654
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ИСХОД ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ <i>Маматов Б.Ю., Иброхимжонов М.Ш.</i>	655

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛЬНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН. <i>Маматов М.А., Абролов Х.К., Холмуратов А.А.</i>	656
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА АНДИЖАН <i>Маматхужаева Г.А., Арзикулов А.Ш., Кадиров Х.С.</i>	657
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА <i>Маннонов С.А., Махмудова Н.Р.</i>	659
НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА. <i>Мардонкулов У.О., Исроилов Х.Э., Камолова Ф.Н.</i>	660
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА. <i>Мардонкулов У.О., Нурмаматов Н.У., Аллатов Б.М., Туракулов А.А</i>	661
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА. <i>Махмудов Ш.С</i>	663
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ТАҲЛИЛИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ. <i>Маҳкамов Носиржон Жўраевич</i>	664
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ. <i>Маҳкамов Носиржон Жўраевич</i>	666
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҲАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ КОРРЕКЦИЯЛОВЧИ ДИСТРАКЦИОН МОСЛАМАДА ДАВОЛАШ <i>Маҳкамов Носиржон Жўраевич</i>	667
БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҲАСИ СПОНДИЛИТИНИНГ ТУРЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ. <i>Маҳкамов Носиржон Жўраевич</i>	668
СВЕРТЫВАЮЩАЯ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ <i>Мирзабаев Г.Э., Хакимов Д.М., Ботиров А.К., Усмонов У.Д.</i>	669
ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТЕРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>К.К.Мирзаев., Э.С.Джумабаев., Д.Т.Азизов</i>	671

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТЕРЕЛЬНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	672
<i>К.К.Мирзаев., Э.С.Джумабаев., Д.Т.Азизов</i>	
К ВОПРОСУ КРАНИОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА.	674
<i>Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б, Давлатов Б.Н,</i>	
ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ В НЕЙРОХИРУРГИИ	674
<i>Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Давлатов Б.Н, Ботиров Н.Т, Джалилов Ф.Р, Абдулазизов О.Н.</i>	
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ.	675
<i>Мирходжаева Севара Алимовна</i>	
КОМПЛЕКСНЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	678
<i>Михайлевич И.Е., Василевский Э.А.</i>	
СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТОВ	679
<i>Михайлевич И.Е., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Суюнов Д.М.</i>	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	680
<i>Муминов Б.Э., Иброхимжонов М.Ш.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	681
<i>Муминов Б.Э., Иброхимжонов М.Ш.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	682
<i>Мусашиайхов Х.Т., Мадазимов М.М., Икрамова Ф.Д., Абдуллаев Р.Н.</i>	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ.	683
<i>Мусашиайхов Х.Т., Мадазимов М.М., Василевский Э.А., Косимов А.Л., Ф.Д.Икрамова.</i>	
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ - ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.	684
<i>Мусашиайхов Х.Т., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Ахмадалиев С.М., Дадабаев О.Т.</i>	

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	686
<i>Набиев Р.Р., Хакимов Н.С.</i>	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	687
<i>Назирова Ф.Г. Акбаров М.М. Нишанов М.Ш. Эгамов Б.Ю.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	689
<i>Назыров Ф.Г, Эгамов Б.Ю.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ КИСТАХ ПЖЖ	690
<i>Назыров Ф.Г, Эгамов Б.Ю.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПИЩЕВОДЕ.	692
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Авалбоев Ж.М</i>	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА	693
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С., Омонов Р.Р., Цой А.О., Жумабоев Ж.Ж.</i>	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПУТЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБОМ	694
<i>Нишанов М.Ф., Алибоев М.Р.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.	695
<i>Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш</i>	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПУТЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБОМ	596
<i>Нишанов М.Ф., Алибоев М.Р.</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	597
<i>Нишанов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Бозоров Н.Э.</i>	
"ГЛАЗНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПЛЕНКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДОСТАВКИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ"	698
<i>Ниязова Зебинисо Анваровна</i>	

<p>АДЕКВАТНЫЙ ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ.</p> <p><i>Нурутдинов А.Т</i></p>	699
<p>ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</p> <p><i>Олтиев У.Б., Сабилов Д.М., Хамдамов Б.З., Дадабаев О.Т., Рахимов А.Ш</i></p>	701
<p>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛУДКА.</p> <p><i>Оразалиев Г. Б., Кабулов М. К., Оразалиев Б. Х.</i></p>	702
<p>ПРИМЕНЕНИЕ СТРУЙНОЙ КИСЛОРОДО-СОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ</p> <p><i>Остроушко А.П., Михайлов Н.О., Архипов Д.В., Андреев А.А., Глухов А.А.</i></p>	703
<p>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</p> <p><i>Отакузиев А.З., Косимов С.М.</i></p>	704
<p>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМОЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ</p> <p><i>Отакузиев А.З., Камолов Н.Г., Косимов С.М., Мамарасулов М.К</i></p>	706
<p>АЛГОРИТМ ТАКТИКИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p> <p><i>Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Косимов С.М., Мадвалиев Б.Б., Шокирова Г.О.</i></p>	708
<p>МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ АБДОМИНАЛЬНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ</p> <p><i>Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Косимов С.М., Мамарасулов М.К</i></p>	710
<p>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСХОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ</p> <p><i>Отакузиев А.З., Косимов С.М.</i></p>	712
<p>МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ АБДОМИНАЛЬНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ</p> <p><i>Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х., Косимов С.М., Мамарасулов М.К.</i></p>	713
<p>КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ</p> <p><i>Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Хабибуллаев А.П.</i></p>	716

ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МОДЕЛИ СТЕЛЬКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	717
<i>Пансатова Наргиза Узаковна., Джураев А.М., Исматуллаева М.Н.</i>	
ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА	718
<i>Парпиев А. Л., Эшбадалов Х. Ю., Далиев А. Г., Исмоилов Ж.И., Комилов У.М.</i>	
ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ АГМИ И ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ, СВЯЗАННЫЕ С ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА	719
<i>Парпиев.А.Л., Эшбадалов. Х.Ю., Далиев. А.Г., Исмоилов. Ж.Ибрагимович., Комилов.У.М.</i>	
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВУЛЬВЫ И ВПЧ-СТАТУСА	720
<i>Полатова Д.Ш., Наврузова В.С.</i>	
ОЗИҚЛАНИШ ТУРИГА КЎРА ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИ ТАРАҚҚИЁТИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	721
<i>Раимжонов Р. Р. Рахматова М. Х.</i>	
СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ	723
<i>Расулова И.А., Хамдамов А.Б.</i>	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	724
<i>Рахманов Х.А. , Исламов Ш.Э., Рахимов Н.М.</i>	
ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	725
<i>Рахматуллаев Ж. С.</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	727
<i>Рузиев А.Э., Рузиев А.А., Уракова К.Х.</i>	
СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА.	729
<i>Рустамов И.М., Хамидова М.Н.</i>	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРНЬЕ.	730
<i>Рустамов И.М., Хамидова М.Н.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ	732
<i>Рустамов У.М., Хамраев О.А., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.</i>	

ХОМИЛАДОРЛИК ПИЕЛОНЕФРИТИДА ОПТИМАЛ ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ <i>Рустамов У.М., Хамраев О.А., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.</i>	733
МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ ДЛЯ ВОССОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ЛЕТАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ <i>Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж.</i>	733
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТА «ХЕМОБЕН» НА МОДЕЛИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ НА ФОНЕ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ <i>Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж.</i>	735
РАЗРАБОТКА ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА <i>Собиров М.С., Кучкорова Ф.</i>	736
ПОСЛЕДСТВИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ <i>Собиров М.С., Кучкорова Ф.</i>	737
КОРИН ОЛД ДЕВОРИ ТАШРИХДАН СЎНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРЛАРИДА АЛЛОПЛАСТИКА АСОРАТЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ <i>Суюнов Д.М., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Пакирдинов А.С.</i>	738
ДВУСТОРОННЯЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ. <i>Ташиланов Ф.Н., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Давлатов Б.Н, Джалилов Ф.Р., Абдулазизов О.Н.</i>	739
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕГО СТЕПЕНЬЮ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ <i>Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Хакимов А.Т.</i>	740
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР РЕЦЕПТОРНОЙ ЭКСПРЕССИИ МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Хакимов А.Т.</i>	741
МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ОПУХОЛЕВОЕ МИКРООКРУЖЕНИЕ <i>Тилляшайхов М.Н., Каххаров А.Ж., Хакимов А.Т.</i>	742
ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ. <i>Тоиров А.С., Бабажанов А.С., Хамдамов А.Б.</i>	743

<p>ЕЛКА СУЯГИНИ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСЛУБЛАРИДА ДАВОЛАШДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АСОРАТЛАР.</p> <p><i>Тураев Б.Т., Хайруллаев И.Л., Рўзикулов О.Ш.</i></p>	745
<p>НУРЛАНИШНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИ ОРГАНИЗМИГА ТАЪСИРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ТАВСИФИ</p> <p><i>Тухтаева Х.Х., Хамдамов Б.З.</i></p>	746
<p>НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ</p> <p><i>Улмасов А.О.</i></p>	748
<p>ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ НА ФОНЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА</p> <p><i>Улмасов А.О.</i></p>	749
<p>МСКТ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ</p> <p><i>Умарова Г.Ш., Валиева К.Н., Асилова С.У., Назарова Н.З., Рахманова М.Р., Полатова Дж.Ш., Мухрумбаева К.З.</i></p>	750
<p>ПРИМЕНЕНИЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЗ ЗОБАХ</p> <p><i>Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.</i></p>	752
<p>КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p><i>Усмонов У.Д.</i></p>	753
<p>АНАЛИЗ «НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ» РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p><i>Усмонов У.Д.</i></p>	755
<p>СТОИМОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ОПЕРАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p><i>Усмонов У.Д.</i></p>	756
<p>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ</p> <p><i>Усмонов У.Д.</i></p>	758
<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁНОГО ХОЛЕЦИСТИТА</p> <p><i>Усмонов У.Д.</i></p>	759
<p><i>Усмонов У.Д.</i></p>	

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	761
<i>Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.</i>	
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА ПРИ ГРИБКОВО-БАКТЕРИАЛЬНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ.	762
<i>Н.А.Усмонова., К. К. Касимов.</i>	
СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИК ТАВСИФИ	763
<i>Н.А.Усмонова, Р.И.Исроилов</i>	
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА.	764
<i>Н.А. Усмонова</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.	765
<i>Хабибуллаев А.П.</i>	
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС И УРОВНИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА, ЛАКТОФЕРРИНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА	766
<i>Хайдаров Ф.Н., Мусоев Т.Я., Хамдамов А.Б</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ	767
<i>Хайитов А.А.</i>	
РОЛЬ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	768
<i>Хакимов Д. М., Касимов Н.А., Тургунов Ш.Ш., Бобаев У.Н., Минаваров Н.Ю., Эгамбердиев Б.А.</i>	
ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	769
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г. М., Карабоев Б.Б., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Яхёев С.М.</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ ВЕЙСА	770
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М., Бобоев У.Н.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКИ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ	771
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М.</i>	

ИЗУЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	773
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	774
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА	775
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С</i>	
АНАЛИЗ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ	775
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г. М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М., Бобоев У.Н.</i>	
ОЦЕНИТЬ МУТАГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	776
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Гуломов П.Г., Хакимов И.С., Асранов Ш.Я</i>	
ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА	777
<i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю</i>	
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	777
<i>Хакимова.З.К., Камиллов.Х.М., Мамасалиев. Н.С., Мамасалиев. З.Н.,</i>	
ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В ФЕРТИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	779
<i>Хамдамов И.Б.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	781
<i>Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Карабоев Б.Б</i>	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ	782
<i>Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Тургунов Ш.Ш., Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю</i>	

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЭНДОКРИННОЙ ПРАКТИКЕ	783
<i>Хамраев У.П., Хамдамов Б.З.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКИ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ	785
<i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Бобоев У.Н.</i>	
ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ	786
<i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.</i>	
ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ	787
<i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.</i>	
ТОРАКО-АБДОМИНАЛ ШИКАСТЛАНИШЛАРДА ЖАРРОХЛИК ТАКТИКАСИ.	788
<i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Яхёев С.М. Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.</i>	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	789
<i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М</i>	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНЫМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА	790
<i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Минаваров Н.Ю</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА МОДЕЛИРОВАНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	790
<i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЖНО-РЕЗОРБТИВНОГО И МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА	791
<i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б</i>	
ОЦЕНИТЬ ОСТРУЮ ТОКСИЧНОСТЬ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ НОВОГО НАНОПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО СОРБЕНТА	792
<i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б</i>	

<p>ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГРЛОВНОГО МОЗГА.</p> <p><i>Худайбердиев К.Т, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Баратов Ш.Б.</i></p>	793
<p>БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСОТИДА ЗАМОНАВИЙ ЛАБОРАТОР УСУЛЛАРИНИНГ ЎРНИ</p> <p><i>Худойдодова С.Г., Зайниддинова М.Б.</i></p>	794
<p>«КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ»</p> <p><i>Хусанбаев Хасанжон Шавкатович</i></p>	795
<p>ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ДИАФРАГМАЛ ТЕШИГИ ЧУРРАСИНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШ</p> <p><i>Ҳайитов А.А. Ҳайитов А.Қ</i></p>	796
<p>БИР БЕМОРДА ИККИТА АППЕНДЕЦИТ УЧРАШИ</p> <p><i>Ҳайитов А.Қ., Ҳайитов А.А.,</i></p>	797
<p>КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ИНДИВИДУАЛ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ</p> <p><i>Ҳолиқов Ш., Норов А.У</i></p>	798
<p>КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЮЗАГА КЕЛГАН АСОРАТЛАР ТАҲЛИЛИ</p> <p><i>Ҳолиқов Ш., Норов А.У</i></p>	799
<p>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ДИСТРОФИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.</p> <p><i>Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Каракулов К.Х</i></p>	801
<p>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ.</p> <p><i>Шатурсунов Ш.Ш., Мусаев Р.С., Кочкартаев С.С., Мирзаханов С.А., Бозоров О.Р.</i></p>	802
<p>УСОВЕРЩЕНСТВЕННЫЙ МЕТОД ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ</p> <p><i>Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э.</i></p>	803

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПУНКЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ	805
<i>Юлдашев Г.Ю.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИРКУЛЯРНО СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	806
<i>Юлдашев Г.Ю., Юлдашев А.Г., Эгамбердиев З.Ш.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОИМПУЛЬСНОЙ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ВТОРИЧНОЙ БОЛЯЩЕЙ ГЛАУКОМОЙ С НАЛИЧИЕМ ЗРЕНИЯ	807
<i>Юсунов А.Ф., Абдушукурова А.А., Каримова М.Х</i>	
ME'DA SARATONI KIMYOTERAPIYASI	807
<i>Xasanov D.SH.</i>	
MAGNIT-REZONANS TOMOGRAFIYA VA ULTRATOVUSH TEKSHIRUVILARNI TO'G'RI ICHAK SARATONI DIAGNOSTIKASIDAGI O'RNI	808
<i>Xasanov D.SH.</i>	
ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASHDAGI O'RNI	809
<i>Xasanov D.SH., Mamarasulova D.Z., Urmanboeva D.A.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	809
<i>Абдуллаев И.И.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	810
<i>Холмуродов А.Т., Абдуллаев И.И.</i>	
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ИХ СВЯЗЬ С РИСОКМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	812
<i>Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.	813
<i>Абдумуталибова Ш.К., Мамарасулова Д.З.</i>	
МРТ ДИАГНОСТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ШЕЙНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА	814
<i>Аблязов. А.А, Аблязов. О.В, Тургунов. Ш.Ш, Кодиров. Ф.Р.</i>	
КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ИЗ ПРАВСТОРОННЕЙ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ТОРАКОТОМИИ	815
<i>Аброров Х. К., Маматов М.А., Холмуратов А.А.</i>	

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АНОМАЛЬНОМ ДРЕНАЖЕ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН	816
<i>Абролов Х.К., Маматов М.А., Холмуратов А.А.</i>	
ТАКТИКА АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАГРУДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	817
<i>Алибоев М.Р., Бозоров Н.Э</i>	
ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА В ЭКСТРЕННЫХ И НЕОТЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ	818
<i>Аллазов С.А., Умаров А.У., Аллазов И.С., Зокиров Ш.Ш.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	819
<i>Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Юнусов М.И.</i>	
ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ	820
<i>Бозоров Н.Э., Отакузиев А.З., Назирхужаев Д.К</i>	
РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В FAST TRASK SURGERY (ХИРУРГИИ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ) ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.	823
<i>Джумабаев Э. С., Мирзаев К. К</i>	
ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ЗНАЧЕНИЕ ПРИКЛАДНОЙ ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.	823
<i>Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОГЕННОЙ ГИСТОРЕАНИМАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ XXI ВЕКА- Fast Trask Surgery (хирургия быстрой реабилитации).	825
<i>Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.</i>	
ЎСМИРЛАРДА МИОПИЯНИ ЁШАРИШ САБАБЛАРИ	826
<i>Жалолитдинов Д.Л, Икрамов А.Ф.</i>	
ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЯ СЕТЧАТКИ С ПОМОЩИ ПРЕПАРАТА ЛЮБЕРРИНА	827
<i>Т.Ж.Усманова.</i>	
МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРМЕТРОПИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	829
<i>Т.Ж.Усманова.</i>	
ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ БЛИЗОРУКОСТЬ У ДЕТЕЙ	829
<i>Д.Л.Жалолитдинов, А.Ф. Икрамов</i>	

ЛИМФАТРОПНАЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ. <i>А.Ф.Икрамов, Д.Л. Жалолиддинов.</i>	830
ПРИМЕНЕНИЯ КОРТЕКСИНА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ МИОПИЯ <i>Д.Л.Жалолиддинов, А.Ф.Икрамов.</i>	831
КОМПЛЕКСНОЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТЬ У ПОДРОСТКОВ <i>Жалолиддинов Д.Л.</i>	832
КЎЗНИНГ ТЎР ПАРДАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ. <i>Усманова Т.Ж., Жалолиддинов Д.Л.</i>	832
НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМА <i>Усманова Т.Ж.</i>	833
ПОРАЖЕНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗ ПРИ COVID-19 <i>Кодиров М.Ш., Жалолиддинов Д.Л.</i>	834
БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ <i>Кодиров М.Ш., Жалолиддинов Д.Л.</i>	835
ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИЯ (ЛТТ) ПРИ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА. <i>Усманова Т.Ж.</i>	836
ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ АНЕМИЯСИДА МЕДАНИ ЭКСКРЕТОР БЕЗЛАРИ ФУНКЦИЯСИГА ТАСИРИ <i>Иминов Б.И., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Абдуфаттоев Д.</i>	837
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК <i>Исмаилов С.И., Оразалиев Г.Б., Тургунбоев Э.К.</i>	838
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ХЕМОБЕН» ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ <i>Исмаилов С.И., Г.Б. Оразалиев Г.Б., Султанов С.А.</i>	840
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ <i>Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Фарманова Г.</i>	842
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД АЛЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <i>Исмаилов С.И., Бабаджанов А.Х., Хужабаев С.Т., Хаялиев Р.Я.</i>	843

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	845
<i>Исмаилов С.И., Хужабаев С.Т., Хаялиев Р.Я.</i>	
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ	847
<i>Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О., Бекчанов Х.Н.,</i>	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ В МИНИИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА	848
<i>Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Омонов Р.Р., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.</i>	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА	849
<i>Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Бабажанов А.С.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДХОД ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ	851
<i>Йулдошев А.А., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.,</i>	
ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	852
<i>Кадиров Ш.Н. Кадиров М.Ш., Абдуфаттоев Д.Н</i>	
СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ АКСИАЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ	853
<i>Каюмходжаев А.А., Халмуратова М.К., Байбеков Р.Р.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.	854
<i>Кетмонов А.Г., Абдурхмонов Ф.С., Абдурахимов С.О.</i>	
ТИРЕОТОКСИК БЕМОРЛАРДА КАЛКОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ГОРМОНЛАРНИ ТАСИРИНИ УРГАНИШ.	856
<i>Кодиров М.Ш., Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н.,</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ	857
<i>Косимхожиев М. И., Содикова Д.И., Косимхожиева Ф.Т., Курбанова Д.И.</i>	
КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИ КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШ.	858
<i>Мадазимов М.М., Кетмонов А.Г., Исомиддинов З.Д.</i>	

ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	860
<i>Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д., Тешабоев М.Г.</i>	
КУЙИШЛАР НАТИЖАСИДА ЧАНДИҚЛИ ОҚИБАТЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ	860
<i>Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д.</i>	
КУЙИК АСОРАТЛАРИ БОР БЕМОРЛАРНИ ПРОФИЛАКТИК МУОЛАЖАЛАРНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ	862
<i>Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д.</i>	
СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПОЛНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН	863
<i>Маматов М.А., Абролов Х.К., Холмуратов А.А.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛОЖНОГО ГИГАНТСКОГО АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ, ОБЩЕЙ И НАРУЖНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.	864
<i>Маткаримов Б.Х., Касымов А.Л., Зияев Х</i>	
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ	866
<i>Маҳкамов Н. Ж., Нарматова Д. М.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ КОРЕКЦИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ	867
<i>Мирзаханов С.А. Каракулов К.Х.</i>	
РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	869
<i>Муминова Н.Х., Усмонов Х. У.</i>	
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ НА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	870
<i>Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО - НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	871
<i>Мусаиайхов Х.Т., Мадазимов М.М., Икрамова Ф.Д., Абдуллаев Р.Н.</i>	
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ УРОВНЯ АМПУТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГАНГРЕНАХ	872
<i>Мусаиайхов Х.Т., Мадазимов М.М., Василевский Э.А., Косимов А.Л., Икрамова</i>	

Ф.Д.	
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	873
<i>Мусашияхов Х.Т., Джумабаев Э.С., Василевский Э.А., Ахмадалиев С.М., Дадабаев О.Т.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	875
<i>Назирев Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Омонов О.А., Султанов С.А., Шарифжанов С.М.</i>	
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СРОКОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	876
<i>Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У., Тургунбаев Э.К.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛИГАМЕНТИТОМ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.	877
<i>Нарзикулов Ж.М., Голяна С.И., Нарзикулов М.Д., Ибрагимов И.А</i>	
СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА	878
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бабажанов А.С., Абдукаримов А.Д., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.</i>	
ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.	879
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	880
<i>Пакирдинов А.Б.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	882
<i>Пакирдинов А.Б.</i>	
БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИНИ ТАРҚАЛИШИНИ АРХИВ МАЪЛУМОТЛАРИ АСОСИДА ЎРГАНИШ.	883
<i>Рустамов Ж.У., Авезов М.И.</i>	
СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА.	884
<i>Рустамов И.М., Хамидова М.Н.</i>	

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ.	886
<i>Рустамов И.М., Хамидова М.Н.</i>	
ТЕХНИКА ВЕДЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ	888
<i>Рустамов У.М., Садикова Д.И., Юсуфалиева Г.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУРНОЙ БОЛЕЗНИ УРЕТРЫ	888
<i>Рустамов У.М., Хамраев О.А., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.</i>	
ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТКОВИДНОЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	889
<i>Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Мамаризаев А.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ	891
<i>Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж., Шарифжонов С.М</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ХЕМОБЕН» ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	892
<i>Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Кадыров М.Ж., Маткаримов Ш.У</i>	
УСПЕШНОЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ПОСЛЕОЖОГОВОЕ КОНТРАКТУРОЙ И НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛНЫХ ПУТЕЙ	894
<i>Садыкова М.А.</i>	
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ В ПРОЦЕССЕ РПО У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ ЛИЦА, ШЕИ И ГРУДИ	896
<i>Садыкова М.А.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ	898
<i>Солиев И.М.</i>	
РОЛЬ ПОСТВАКЦИОНАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ВАКЦИНАЦИЮ БОЛЬНЫХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	899
<i>Тоджиходжаев Ш.Ш., Мамарасулова Д.З.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИН ПРОТИВ COVID-19 НА МОДЕЛИ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ	899
<i>Тоджиходжаев Ш.Ш., Д.З. Мамарасулова</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ЯИЧНИКОВ	900
<i>Тожиходжаев Ш.Ш., Мадрахимова Б.Х., Аблязов А.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	901
<i>Туланов. Д.Ш, Эшбадалов. Х.Ю.</i>	

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	902
<i>Тургунов Ш.Ш., Садилов Р.А., Ботиров А.К., Носиров М.М., Султонов Х.</i>	
НОРМАЛЬНЫЕ МРТ ПАРАМЕТРЫ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	904
<i>Тургунов Ш.Ш.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	905
<i>Тургунов Ш.Ш., Садилов Р.А., Ботиров А.К., Носиров М.М., Султонов Х.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «ЛЮБЕРРИН»	906
<i>Усманова Т.Ж.</i>	
МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРМЕТРОПИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	908
<i>Усманова Т.Ж.</i>	
ТЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ	908
<i>Жалолитдинов Д.Л., Икрамов А.Ф.</i>	
ЛИМФОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЕЙ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ	909
<i>Икрамов А.Ф., Жалолитдинов Д.Л.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ	910
<i>Жалолитдинов Д.Л., Икрамов А.Ф.</i>	
КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ПОДРОСТКОВ	911
<i>Жалолитдинов Д.Л.</i>	
ПОРАЖЕНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗ ПРИ COVID-19	911
<i>Кодиров М.Ш. Жалолитдинов, Д.Л.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ (ЛТТ) ПРИ СИНДРОМЕ СУХОГО ГЛАЗА	912
<i>Усманова Т.Ж.</i>	
КУЗ ТЎР ПАРДАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ	913
<i>Усманова Т.Ж., Жалолитдинов Д.Л.</i>	
НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМА	914
<i>Усманова Т.Ж.</i>	
БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ АЙФЛОКС КУЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	914
<i>Кодиров М.Ш., Жалолитдинов Д.Л.</i>	

ЎСМИРЛАРДА МИОПИЯНИНГ ЁШАРИШ САБАБЛАРИ <i>Жалолитдинов Д.Л, Икрамов А.Ф.</i>	915
ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ <i>Утанов З.М.</i>	916
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Файзиходжаев Олмос Сайфиддинович., Эшбадалов Худайберди Юлдашевич., Тешабоев Мухаммадяхё Фуломкодирович., Туланов Дилшод Шомирзаевич., Насретдинов Зафар Тулкинович.</i>	917
ВЛИЯНИЯ СОРБЕНТОВ И ОКСИГЕНАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Файзиходжаев Олмос Сайфиддинович., Эшбадалов Нурбек Худойбердиевич.</i>	918
«ГЕПА-МЕРЦ» В СОЧЕТАНИИ С МАЗЬЮ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ <i>Фозилов Ф.А.</i>	920
РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЩЕВОДА И ЭЗОФАГО-РЕСПИРАТОРНЫМИ СВИЩАМИ <i>Хаджибаев Ж.А., Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Низматуллин Э.И., Абдуллаев Д.С., Файзуллаев О.А., Цой А.О., Абдукаримов А.Д.</i>	920
РЕЗУЛЬТАТЫ ОФТАЛЬМОСКОПИИ ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ. <i>Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Ташланов Ф.Н.</i>	921
ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП <i>Хакимов О.С., Отакузиев А.З.</i>	922
ИЗУЧИТЬ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И ОПТИМИЗИРОВАТЬ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ЮНОШЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Холжигитова М.Б. Сафарова М.П., Нарзуллаев Х. Усарова М, Бердалиев А, Махаммадиев Р.</i>	924
ПРОФИЛАКТИКА ПОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖИ ПОЗВОНОЧНИКА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ. <i>Холмуродова Хулкар Холиёровна. Холмуродов Одилбек Холиёрович. Бахронов Шахзод шавкатович.</i>	926

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ. <i>Холмуродова Хулкар, Бектемирова Ширин, Уктамова Юлдуз.</i>	927
КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЮЗАГА КЕЛГАН АСОРАТЛАР ТАҲЛИЛИ <i>Ҳолиқов Ш., Норов А.У</i>	928
КАТТА ВА КЕКСА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА КЎКРАК ВА БЕЛ УМУРТҚАЛАРИ СОҲАСИДАГИ КОМПРЕССИОН СИНИШЛАРНИ ИНДИВИДУАЛ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ЖАРРОҲЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ <i>Ҳолиқов Ш., Норов А.У</i>	929
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ <i>Эгамов С.Ш., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Тургунбоев А.</i>	931
УСОВЕРШЕНСТВЕННЫЙ МЕТОД ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э.</i>	932
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСКОЛОЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ. <i>Эранов Н.Ф. Тураев Б.Т., Сувонов О.С., Мадаминов А.А.</i>	934
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Эшбадалов Х. Ю., Махкамов З. Х.</i>	935
О КЛИНИКЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Эшбадалов Х. Ю., Тешабоев М.Ф., Туланов Д.Ш., Маматкулов Х.А.</i>	936
ОДОНТОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Эшбадалов У.Х., Файзиходжаев О., Насретдинов З. Т.</i>	937
УЧАСТИЕ И РОЛЬ АЭРОБНЫХ И АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ЛОР ОРГАНОВ <i>Эшбадалов Худойберди Юлдашевич., Парпиев Абдумуталлиб Лухмонжонович., Далиев Адахам Гуломович., Исмоилов Жахонгир Ибрагимович., Комилов Умаржон Мухаммаджонович</i>	938
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА <i>Эшбадалова З. Х., Муртазаев С. С.</i>	939

ОНАЛИК ВА БОЛАЛИК	
ENDOMETRIYNING BEZLI GIPERPLAZIYASI BO'LGAN AYOLLARDA ESR GENING 2014G> A POLIMORFIZMINING XUSUSIYATLARI	941
<i>Abdulatipova F.A.</i>	
THE USE OF VIGANTOL WITH CITRATE MIXTURE IN THE TREATMENT OF RHITIS	942
<i>Abdullaeva D.A., Xafizova Z.B.</i>	
FIZICHESKOE RAZVITIE DETEY S NIZKOY MASSOY TELA PRI ROJDENII	942
<i>Xafizova Z.B. Abdullaeva D.A.,</i>	
IMMUNE SYSTEM OF CHILDREN WITH ACUTE VIRUS INFECTION WITH OBSTRUCTIVE SYNDROM CHANGES	943
<i>Abdullaeva D.A., Xafizova Z/B</i>	
ЗНАЧЕНИЕ ВАКЦИНАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.	943
<i>Хафизова З.Б Абдуллаева Д.А.</i>	
COMPLICATIONS OF PREGNANCY IN HYPOTENSIVE WOMEN.	945
<i>Abdullaeva Sh.U., Khudoyarova D.R.</i>	
BRIEF ALGORITHMS FOR MANAGING PATIENTS FOR CONSULTATION WITH A PEDIATRIC ONCOLOGIST	946
<i>Abdullayeva M.E.</i>	
MEDICAL AND SOCIAL RESEARCH OF BRONCHIAL ASTHMA	948
<i>Abdullayeva M.E.</i>	
CHAQALOQLARDA NASAF OLISH BUZULISHLARI SINDRIMNING XUSUSIYATLARI	948
<i>Adilova G.R.</i>	
HOMILADOR AYOLLARDA D VITAMINI YETMASLIGINI KORREKTSIYALASH	949
<i>Adilova G.R.</i>	
PECULIARITIES OF THE DEVELOPMENT OF PREMATURE CHILDREN WITH THE CONSEQUENCES OF COMBINED PERINATAL PATHOLOGY AT AN EARLY AGE	950
<i>Akbarova R.M.</i>	
REVMATİK KASALLIK BOLALAR VA O'SIRLAR SHAXSINI RIVOJLANISHNING XUSUSIYATLARI	951
<i>Akbarova R.M. Pediatriya kafedrasi</i>	
IMPROVING THE SYSTEM OF OBSTETRIC CARE FOR PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS	952
<i>Asrankulova D.B.</i>	

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CERVICAL CANCER	953
<i>Asrankulova D.B.</i>	
TYPE II DIABETES MELLITUS AND PREGNANCY: CLINICAL PERSPECTIVES	954
<i>Asrankulova S.K.</i>	
PROGNOSIS DIAGNOSIS OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN	955
<i>Asrankulova S.K.</i>	
CHRONIC LIVER DISEASES OF VIRAL ETIOLOGY IN PREGNANT WOMEN: MANAGEMENT AND TREATMENT TACTICS	956
<i>Avezova U.A.</i>	
EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CERVICAL CANCER	958
<i>Avezova U.A.</i>	
ONA SUTI BILAN BOQISH JARAYONIDA SHIFOKOR MASLAHATLARINING O‘RNI	959
<i>Axmadjonova Z. A.</i>	
HOMILADOR AYOL VA BOLALARDAGI XAVF OMILLARINI ANIQLASH.	960
<i>Axunjonova H.A, Saydullayeva K.M, Xojimatov X.O.</i>	
O‘SMIRLARDAGI OSHQOZON-ICHAK TRAKTI KASALLIKLARINING FARMAKOEPIDEMIOLOGIYASI	962
<i>Baxavadinova Z. M.</i>	
RATIONAL CHOICE OF THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION OF THE FIRST DEGREE IN ADOLESCENTS	963
<i>Bakhavadinova Z.M</i>	
"POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN ADOLESCENT GIRLS"	964
<i>Djuraeva D.L.</i>	
IMMUNOLOGICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE PHENOTYPES OF WHEEZING SYNDROME IN CHILDREN	965
<i>Esakhanov Sh.N, Karimova N.I, Shamsiev F.M.</i>	
YOSH BOLALARDA TEMIR TANQISLIK KAMONLIGI MUAMMOSI	965
<i>Farmonqulova Yo.R</i>	
DIAGNOSTIC ASPECTS AND THERAPEUTIC TACTICS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES FROM A MODERN PERSPECTIVE	966
<i>Gofurova Sh.M.</i>	
POSSIBILITIES OF PREVENTION AND METHODS OF DIAGNOSIS AND PREVENTION OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN	968
<i>Gofurova Sh.M.</i>	

DIFFUZLI TOKSIK BUQOQ KASALLIGINI DAVOLASHDA VITAMINLI FITOTERAPIYANING SAMARADORLIGI BAHOLASH	969
<i>¹Ibatova Sh.M. ²Muxamadiev N.Q.</i>	
YOSH BOLALARDA TOKSIK EPIDERMAL NEKROZ SINDROMIDA INTENSIV DAVOLASH USULLARINI TASHKJLLASHTIRISH	969
<i>Ibragimov U. S.</i>	
YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI OG'IRLIK DARAJASINI BAHOLASHDA KISLOTA-ASOS MUVOZANATINING ROLI	970
<i>Ibragimov U. S., Ibragimova F. S</i>	
ZAMBURUG'LAR SABABLI KELIB CHIQADIGAN TASHQI OTIT KASALLIKLARIDA KANDIBIOTIK DORI VOSITASISINI DAVO SAMARADORLIGINI O'RGANISH	971
<i>Ibragimov U. S.</i>	
MENOPAUSAL SYNDROME IN LATE-AGED WOMEN	972
<i>Ibragimova S.R.</i>	
MENSTRUAL FUNCTION DISORDERS IN ADOLESCENT GIRLS AND THE POSSIBILITIES OF THEIR PREVENTION	973
<i>Ibragimova S.R.</i>	
HOMILADORLIK VA VARIKOZ XASTALIGI	974
<i>Ikramova F.D., Salahidinov.S.Z., Muhammadjonova.M.M., Zaynobiddinova.D.S.</i>	
INNOVATIVE APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF PRECANCEROUS AND CERVICAL CANCER IN WOMEN	975
<i>Isakova D.B.</i>	
BOLALARDA POSTINFEKTSION BRONXIOLITLARNI OBLITERASI	976
<i>Jurayeva X.Z.</i>	
YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA PNEVMONIYANING KLINIK- IMMUNOLOGIK XUSUSIYATLARI VA IMMUNOTERAPIYASI	977
<i>Kadirov K.Z., Kadirov O.Z., Abduvaliyeva Ch.M., Usmonov Sh.A., Xalilov Sh.K.</i>	
DIAGNOSIS OF IMMUNODEFICIENCY CONDITIONS OF EARLY NEONATAL PNEUMONIA IN CHILDHOOD	978
<i>Kadirov K.Z., Kadirov O.Z., Usmonov Sh.A., Yaminova N.X., Isroilov Sh.Sh.</i>	
IMMUNOLOGICAL CHANGES IN NEWBORNS AND YOUNG CHILDREN WITH PNEUMONIA	979
<i>Kadirov O.Z., Kadirov K.Z., Isroilov Sh.Sh. Abdulazizov F.G.</i>	

BOLALARDA IMMUNITET TANQISLIGI FONIDA PNEVMONIYA PATOMORFOLOGIYASI <i>Kadirov O.Z., Kadirov K.Z., Abduvaliyeva Ch.M., Isroilov Sh.Sh., Yaminova N.X.</i>	980
BOLALAR VA O'SMIRLARDA YUVENIL IDIOPATIK ARTRITNING TURLI VARIANTLARINI DAVOLASHDA METOTREKSAT VA SULFASALAZINNING SAMARALIGINI KLINIK-IMMUNOLOGIK BAHOLASH <i>Kadirov X.S.</i>	981
YANGI TUG‘ILGANLARDA KINDIK QONI IMMUNOLOGIK KO‘RSATKORLARINING CHAQAQLARDA ATOPIK FENOTIP SHAKLLANISHI BILAN KLINIK-PATOGENETIK O‘ZARO BOG‘LIQLIGI <i>Kadirov X.S.</i>	982
YORDAMCHI REPRODUKTIV TEKNOLOGIYALARDAN FOYDALANGAN SO‘NG EGIZ TUG‘ILGANLARDA GEMATOENSEFAL TO‘SIQNING O‘TKAZISHINI KLINIK-IMUNOKIMYOVIY BAHOLASH <i>Kadirov X.S.</i>	983
HOMILADOR AYOLLARDA OIV-INFEKSIYASINING TIBBIY VA IJTIMOY MUAMMOSI <i>Kalniyazova I.B., Niyazova G.T.</i>	984
MOLECULAR AND GENETIC ASPECTS OF CHRONIC DISEASES OF THE LOWER RESPIRATORY TRACT IN CHILDREN <i>Karimova N.I.</i>	985
EPILEPSIYA VA HOMILARLIK UCHUN ZAMONAVIY TERAPEVTIK TAKTIKALAR <i>Kosimxojiyeva F.T.</i>	986
HOMILADJR AYOLLARDA EPILEPSIYANING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI <i>Kosimxojiyeva F.T.</i>	987
EPIDEMIOLOGY OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY <i>Kuzieva G.A.</i>	988
RISK FACTORS AND PREVENTION OF HYPERTENSIVE AND VEGETATIVE CRISES DURING PREGNANCY <i>Kuzieva G.A.</i>	989
FEATURES OF THE COURSE OF CELIAC DISEASE IN CHILDREN <i>Makhsudova H.F.</i>	990
FARG'ONA VODIYSIDAGI HOMILADOR AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI KAMQONLIGI. <i>Mamadalieva M.M.</i>	991

HOMILADOR VA TUG'RUQ YOSHIDAGI AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGI (PATOGENEZI, TASHHISI, OLDINI OLIQSH, DAVOLASH) <i>Mamadaliyeva M.M.</i>	992
STAFILOKOKKLARNING AYOLLAR ORGANIZMDA O'ZGARUVCHANLIGI VA ULARNING AHAMIYATI <i>Mamadiyoroova M. M.</i>	994
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF TREATMENT OF CYSTIC DRIFT <i>Mamadzhanova Sh.K.</i>	995
COMPLETE BLADDER DRIFT IN MULTIPLE PREGNANCIES - TESTS, OBSERVATION <i>Mamadzhanova Sh.K.</i>	996
BRONXIAL ASTMA BILAN OG'RIGAN SEMIZLIK KUZATILGAN BOLLARDA KLINIK VA LABORATOR TADQIQOT XUSUSIYATLARI <i>Maxpiewa G.K., Shamsiev F.M., Azizova N.D.</i>	997
ERTA YOSHDAGI BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASINING METABOLIK AKTIVLIGI <i>Maxsudova X.F.</i>	998
BOLALARDAGI O'TKIR ICHAK INFEKTSIYALARIDA IMMUNKORREKTSIYALOVCHI TERAPIYANING XUSUSIYATLARI	999
MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF THE INITIAL STAGES OF GENITAL PROLAPSE FROM THE POSITION OF EVIDENCE MEDICINE <i>Mirkhashimov M.B., Tadjiewa M.A.</i>	1000
IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN WOMEN WITH UROGENITAL INFECTION AT EARLY TERMS OF MISSION OF PREGNANCY <i>Muxitdinova K.O., Aleinik V.A., Babich S.M., Negmatshaeva H.N., Ibragimova S.R., Shokirova S.M.</i>	1001
ME'YORIY VA ERTA MENOPAUZA KUZATILGAN AYOLLARNI SALOMATLIGINI SAQLASH MASALALARI <i>Nabiewa D. yu, asosiy doktorant. Muxitdinova T. K</i>	1002
ERTA VA MUDDATIDAN AVVALGI MENOPOZA SHAKLLANISHINI NAZORAT QILISH MASALALARI <i>Nabiewa D. yu, asosiy doktorant. Muxitdinova T. K.</i>	1003
REHABILITATION PROGRAM FOR CHILDREN WITH ANORECTAL MALFORMATION <i>Narbaev T.T., Turaeva J.T.</i>	1005
CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C AND PREGNANCY: FEATURES OF THE COURSE AND PERINATAL OUTCOMES <i>Nasretidinova D.B.</i>	1006

CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C DURING PREGNANCY	1007
<i>Nasretdinova D.B.</i>	
ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PERI- AND POSTMENOPAUSE	1008
<i>Nazirov Z.M.</i>	
HYPERPLASTIC PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM IN PERIMENOPAUSE: MODERN VIEW OF THE PROBLEM	1009
<i>Nazirova Z.M.</i>	
CLINICAL FEATURES AND CORRECTION OF THERAPY OF CHRONIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN CHILDREN	1010
<i>Noraliev I.</i>	
A CLINICAL CASE OF DIAGNOSIS OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS IN A PREMATURE NEWBORN	1011
<i>Noraliev I.</i>	
THE ROLE OF VIRAL AND MYCOPLASMA INFECTION IN THE GENESIS OF WASTE OVARIAN SYNDROME	1012
<i>Ortikova M. Tillashaikhova M.Kh.</i>	
CLINICAL COURSE FEATURES OF ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN WITH CONGENITAL ANOMALIES OF THE CLEFT LIP AND PALATE	1013
<i>Owais Shah</i>	
BOLALARDA SURUNKALI ALLERGIK BO'LMAGAN O'PKA KASALLIKLARIDA IMMUNOLOGIK O'ZGARISHLARNING KLINIK VA DIAGNOSTIK AHAMIYATI	1014
<i>Qosimova G. Z.</i>	
BRONXIAL ASTMA BO'LGAN BOLALARDA GLYUKOKORTIKOSTEROIDLAR VA B2-AGONISTLARINING METABOLIZMI UCHUN MAS'UL BO'LGAN GENLARNING POLIMORF VARIANTLARINING KLINIK VA GENETIK AHAMIYATI	1015
<i>Qosimova G. Z.</i>	
MUKOVISTSIDOZLI BOLALARDA O'PKANING VENTILYATSIYA FUNKTSIYASI.	1016
<i>Qosimova G. Z.</i>	
MATHEMATICAL PREDICTION OF THE OUTCOMES OF COMBINED TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN IN THE ACUTE PERIOD. Quldashev Q.A., Rahmonov R.R. , Quldasheva G.Q., Abduhalilov M.Q	1017
OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARINI SAMARALI DAVOLASHDA "STOMAGEL+" GELINING QO'LLANILISHI	1018
<i>Sadikova I.Ya.</i>	
TIBBIYOTDA OITS VA GEPATIT B INFEKTSION KASALLIKLARI YUQISH YO'LLARINI OLDINI OLIISH	1019
<i>Sadikova I.Ya.</i>	

INCREASING THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY FOR ENDOMETRIOSIS AND CHRONIC PELVIC PAIN IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE <i>Satimova Sh.M.</i>	1021
BRONXIAL ASTMA BILAN OG'RIGAN BOLALARDA OVQAT HAZM QILISH TIZIMINING PATOLOGIYASINING CHASTOTASI VA KLINIK VA FUNKTSIONAL XUSUSIYATLARI <i>Saxibova M.</i>	1022
BOLALARDA NEVROZ ALOMATLARI VA PSIHOSOMATIK BUZILISHLAR <i>Saxibova M.</i>	1023
FEATURES OF THE COURSE AND OUTCOMES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH COVID AND VIRAL HEPATITIS B <i>Shakirova S.M.</i>	1024
PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH COVID AND VIRAL HEPATITIS B <i>Shakirova S.M.</i>	1025
DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA. <i>Shamsiev F. M., Azizova N. D., Makhpieva G.K.</i>	1026
FETOPLASENTAR YETISHMOVCHILIK BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA TUG'RUQ ASORATLARINI O'RGANISH <i>Shavkatova A.Z., Xudoyarova D.R.</i>	1027
AYOLLARDAGI METOBOLITIK O'ZGARISHLARNING MENOPAUZANING DAVOMIYLIGIGA BOG'LIQLIGI. <i>Shodmonqulova D.R., Zakirhodjaeva D.A.</i>	1029
AYOLLARDA JINSIY AZOLAR PROLAPSINI DAVOLASH UCHUN JARROHLIK TEXNIKASI TANLASH. <i>Sobirova M.R.</i>	1029
BOLALARDA O'PKA DISPLAZIYASINI PATOMORFOLOGIK XARAKTERISTIKLARI <i>Sobirova N.R.</i>	1030
O'SMIRLARDA PAROKSIZMAL HOLATLAR: PATOGENEZI, KLINIK KURS, TASHXIS VA DAVOLASH <i>Sobirova N.R.</i>	1032
BOLALARDA BRONXOPULMONAR DISPLAZIYASINI SHAKLLANISHI, KECHISHI VA NATIJALARI. <i>Solieva M.O.</i>	1033

O‘SMIRLARDA OVQAT OVQATLANISH BILAN BOG‘LIQ OSHQOZON- ICHAK KASALLIKLARINING FARMAKOEPIDEMIOLOGIYASI	1034
<i>Solieva M.O.</i>	
GIPERBILIRUBINEMIYA BELGILARI KUZATILGAN CHAQALOQLAR PARVARISHINING ADEKVAT TAKTIKASI	1036
<i>Sultanova F.X.</i>	
BOLALARDAGI AFFEKTIV BUZILISHLARNING KECHISHI VA UNI DAVOLASH	1037
<i>Sultonova F. X.</i>	
PERSONALIZED APPROACH IN THE DETECTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ADOLESCENT CHILDREN	1038
<i>Tillabayeva A.A, Iskandarova Sh.T.</i>	
IMPROVEMENT OF THE DIAGNOSTICS OF BRONCHOBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN	1038
<i>Turakulova H.E.</i>	
HOMILADOR AYOLLARDA QOG‘ONOQ SUVI BILAN ERTA TUG‘ILISHDA PROSTAGLANDINLARDAN FOYDALANISH SAMARADORLIGINI O‘RGANISH	1039
<i>Turgunova Sh.F., Yusupova U.M.</i>	
TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PROSTAGLANDINS IN PRETERM LABOR WITH PAPILLARY WATERS IN PREGNANT WOMEN	1040
<i>Turgunova Sh.F., Yusupova U.M.</i>	
OIV-INFESIYASIDAGI IMMUNTANQISLIK DARAJASIGA BOG‘LIQ RAVISHDA O‘TKIR YUQUMLI DIAREYALI BOLALARDA ICHAK MIKROBIOSENOZI	1042
<i>Tuychiyev L.N., Muminova M.T.</i>	
ERTA YOSHDAGI BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLITNING RIVOJLANISH XAVF OLLARI.	1044
<i>Umarova S.S., Quldashev S.F.</i>	
OPTIMIZATION OF TREATMENT OF DISORDERS OF MENSTRUAL FUNCTION OF CENTRAL GENESIS IN PUBERTY GIRLS	1044
<i>Usmonova G.A.</i>	
THE USE OF MAGNE B6 IN ORDER TO CORRECT THE STATE OF CONNECTIVE TISSUE IN JUVENILE DYSMENORRHEA	1046
<i>Usmonova G.A.</i>	
ZAMONAVIY SHAROITLARDAGI OROL BO‘YI MINTAQASIDA MAKTABGACHA TA‘LIM MUASSASASI BOLALARINING VITAMINLAR BILAN TA‘MINLANGANLIK DARAJASINI BAHOLASH	1047
<i>Xakimov A.A., Mamatov L.B., Ongarbayev D.O Shaniyazov A.J.</i>	

VOYAGA YETMAGAN QIZLARDA VULVOVAGINIT KASALLIGI KECHISHI <i>Xasanova M.</i>	1048
BRONXIAL ASTMAGA CHALINGAN BOLALARDA VEGETATIV DISFUNKTSIYANI KARDIINTERVALOGRAFIYA USULIDA TEKSHIRISH <i>Xankeldieva X.K.</i>	1048
BOLALARDA BRONXIAL ASTMANING TURLI DARAJALARIDA QALQONSIMON BEZNING FUNKTSIONAL HOLATI. <i>Xankeldieva X.K.</i>	1049
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS AND INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN <i>Yunusov D.M.</i>	1050
INTERSTITIAL LUNG DISEASES IN CHILDREN OF THE FIRST TWO YEARS OF LIFE <i>Yunusov D.M.</i>	1051
THE SIGNIFICANCE OF IMMUNOLOGICAL CHANGES IN CHRONIC NON- ALLERGIC LUNG DISEASES IN CHILDREN <i>Yunusov D.M.</i>	1052
THE USE OF A PHOSPHODIESTERASE INHIBITOR IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY HYPERTENSION IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS <i>Yunusov D.M.</i>	1054
SURUNKALI SALPINGOOFORIT NATIJHASIDA KELIB CHIQUADIGAN CHANOQDAGI SURUNKALI OG`RIQ PATOGENEZIGA ZAMONAVIY NASAR TASHLASH. <i>Ziyaeva E.R..</i>	1055
BOLALARDA BRONXIAL ASTMA BILAN BIRGALIKDA ALLERGIK RINITNING XUSUSIYATLARI <i>Zokirov B. K.</i>	1056
THE COURSE OF ALLERGIC RHINITIS AND BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN <i>Zokirov B.K.</i>	1057
ИЛК ЁШДАГИ ЎТКИР ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ КАСАЛЛИГИ БОР БОЛАЛАРДА ЗОТИЛЖАМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОР- РЕНТГЕНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ <i>Абдуллаев Д.Б.</i>	1058
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>Абдулхакова Р. М.</i>	1059

ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ И ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ. <i>Абдумухтарова М.З., Арзикулов А.Ш.</i>	1060
ҚИЗИЛЎНГАЧ АТРЕЗИЯСИ БИЛАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБИМИЗ <i>Ажимамаатов Х. Т.</i>	1062
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАМНЯХ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ <i>Акбаров Н.А.</i>	1062
СИЙДИК ТОШ ХАСТАЛИГИ БИЛАН ОИЛАВИЙ КАСАЛЛАНИШ ҲОЛЛАРИ <i>Акбаров Н.А., Юлдашев М.А., Акбарова Р.М.</i>	1064
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КАМНЯХ УРЕТРЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ У МАЛЬЧИКОВ. <i>Акбаров Н.А.</i>	1065
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Алибекова М.Б., Бабаджанова З.О.</i>	1067
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Алибекова М.Б., Рахимова С.Р., Исмаилова Г.Х.</i>	1068
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Алимова Г.М., Мамарасулова Д.З., Инакова Б.Б.</i>	1069
СОСТОЯНИЕ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАНЦЕР РЕГИСТРА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН <i>Алимова Г.М., Мамарасулова Д.З., Инакова Б.Б.</i>	1070
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЕ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ <i>Алимухамедова Ф.Ш., Джусраев А.М.</i>	1071
ПНЕВМОПАТИЯНИНГ АТЕЛКТАТИК ШАКЛИДАН ВАФОТ ЭТГАН ЧАҚАЛОҚЛАР БОШ МИЯСИ НЕРВ СТРУКТУРАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ <i>Аманова Г.У., Жуманов З.Э.</i>	1073
ПНЕВМОПАТИЯНИНГ АТЕЛКТАТИК ШАКЛИ БИЛАН ТУҒИЛИБ ВАФОТ ЭТГАН ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР БОШ МИЯСИДАГИ ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ <i>Аманова Г.У.</i>	1074

СТРУКТУРА ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ В ОЧАГЕ АСКАРИДОЗА	1074
<i>Атаджанова Ш., Худайбердиева Г.Ж</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЭСТРОГЕН СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН ПОСТКАСТРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ	1075
<i>Ахматова Д.Ф.</i>	
ТЕХНОЛОГИИ НЕЙРОДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА	1076
<i>Ахмедиев М.М., Давлетярова У.М., Ахмедиев Т.М.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ	1078
<i>АХМЕДОВ Ф. Х.</i>	
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ	1079
<i>Ахмедов Ф.К., Негматуллаева М.Н.</i>	
РОЛЬ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	1081
<i>Ахмедов Ш.Х., Шоназаров И.Ш., Камолидинов С.А.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА.	1083
<i>Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.,</i>	
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ	1083
<i>Ахмедова Н.М., Марозикова М.И.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ	1084
<i>Баротова М. М., Хакимбоева К.А.</i>	
ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАВШИХ АНТИРЕЗУСНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ	1085
<i>Бозорбоева Г.Ю кизи, магистр., Юсупова У.М, доцент.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПОЛУЧАВШИХ АНТИРЕЗУСНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ	1087
<i>Бозорбоева Г.Ю кизи, магистр., Юсупова У.М, доцент.</i>	
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	1088
<i>Ботиров А.К., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З.</i>	

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	1090
<i>Ганиева М.Ш., Л.К. Рахманова, Болтабоева М.М., Маджидова М.М.</i>	
ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФАОЛИЯТИ ЎЗГАРГАН ОНАЛАРДАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ХОЛАТИНИ БАХОЛАШ	1090
<i>Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М., Рахманова Л.К., Маджидова М.М.</i>	
СИНДРОМА ЛОУ – КАК КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕДИАТРА	1091
<i>Ганиева М.Ш., Рахманова Л.К., Маджидова Н.Н., Болтабоева М.М.</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА У ДЕТЕЙ	1092
<i>Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М., Кодиров., Д.Д</i>	
ЭРТА ТУГИЛИШИНИ САБАБЛАРИ ВА ЙОЛЛАРИНИ АНИКЛАШ УЧУН ХАЛКАРО ЙУНДАШЛАРДАН ФОЙДАЛАНИШ	1092
<i>Джаббарова Л.А.,</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВРОЖДЕННЫХ ПАТОЛОГИИ ГРУДНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ.	1094
<i>Джумабаев Ж.У., Мирзакаримов Б.Х., Гафуров А.А. Нуманов Б.Б.</i>	
РОСТ И РАЗВИТИЕ ЛОПАТОЧНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ШПРЕНГЕЛЯ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ	1094
<i>Джураев А.М., Валиева К.Н., Алимухамедова Ф.Ш.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ.	1096
<i>Драчева Н.А.</i>	
СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ БЕСПЛОДНЫХ ПАР	1097
<i>Жуманиязова С.Р., Муминова Н. Х., Ишмуратова Л.Э., Захидова К.Ш.</i>	
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	1099
<i>Захидова К.Ш., Рахимова Г.Н., Джураева А.Ш.</i>	
ВЛИЯНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	1100
<i>Захидова М.З., Хасанова Д.А., Захидова М.У</i>	
РОЛЬ ГЛИКОДЕЛИНА ПРИ ПРИВЫЧНОМ ПОТЕРЕ ПЛОДА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ	1101
<i>ЗУБАЙДИЛЛОЕВА З. Х., ЗУБАЙДУЛЛОЕВА З. Х.</i>	
СОСТОЯНИЕ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ДЕФИЦИТА ЙОДА	1102
<i>Ибатова Ш. М.</i>	

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИБОМУНИЛА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	1103
<i>Ибатова Ш.М.</i>	
К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ОДНОМОМЕНТНЫМ СПОСОБОМ «ONLAY FLAP»	1105
<i>Ибрагимов Ж. Х., Абдурахимов С.О.</i>	
К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ	1104
<i>Ибрагимов Ж.Х., Саттарова М.Г.</i>	
К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ ОДНОМОМЕНТНЫМ СПОСОБОМ «ONLAY FLAP»	1105
<i>Ибрагимов Ж. Х., Абдурахимов С.О.</i>	
К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ	1106
<i>Ибрагимов Ж.Х., Саттарова М.Г.</i>	
ТРОЙНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	1106
<i>Ибрагимов С.Ю., Маматкулов О.Х., Нуралиев А.М.</i>	
КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПЕРЕНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ	1107
<i>Инакова Б.Б., Сидиков Р.М.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	1108
<i>Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т</i>	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	1109
<i>Инакова Б.Б., Санжарова Г. Н.</i>	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	1110
<i>Инакова Б.Б., Сидиков Р.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	1111
<i>Инакова Б.Б., Шамсутдинова Д. Х.</i>	
ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.	1112
<i>Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А, Ахмедова М.М.</i>	

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	1113
<i>Исмаилова С.С.</i>	
ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК	1114
<i>Исмаилова С.С.</i>	
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭКО	1115
<i>Исмаилова У.А., Джурабекова С.Т.</i>	
ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОРГАНИЗМ МАТЕРИ	1116
<i>Ишанджанова С.Х., Махмудова Ш.И., Миртолипова М.А.</i>	
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ	1117
<i>Кадиров Х.С.</i>	
НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	1118
<i>Кадиров Х.С.</i>	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	1119
<i>Каримова М.Х., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Файзуллаева Н.Х.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	1120
<i>Каримова О. А.</i>	
МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ.	1121
<i>Кодирова М. К.</i>	
АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ	1122
<i>Курбаниязова Ф.З.</i>	
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	1123
<i>Курбанова М.Р., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Зайнабитдинова С.Н., Шамсиева Л.А.</i>	
ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	1125
<i>Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д., Тешабоев М.Г.</i>	
КУЙИШЛАР НАТИЖАСИДА ЧАНДИҚЛИ ОҚИБАТЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ	1126
<i>Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д.</i>	

КУЙИК АСОРАТЛАРИ БОР БЕМОРЛАРНИ ПРОФИЛАКТИК МУОЛАЖАЛАРНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ	1127
<i>Мадазимов.М.М., Исомиддинов.З.Д.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	1128
<i>Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Кодиров Д.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	1129
<i>Маджидова Н.М., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКОТОКСИКАНТОВ ХИМИЧЕСКОГО ЗАВОДА	1129
<i>Маллаева М.Б., Наимова З.С., Курбанова Х.А.</i>	
К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ТЕЧЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ DE LA TORRE-ORTEGA У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА	1131
<i>Мамажонов У.Ш.</i>	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.	1132
<i>Маматалиева М.А., Махмудова Б.Ш.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ТРИ МЕСЯЦА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.	1133
<i>Маматалиева.М.А., Махмудова.Б.Ш.</i>	
КОРРЕКЦИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ УПРАВЛЯЕМОГО РОСТА	1135
<i>Маматкулов О.Х., Мелибоев А.Э., Халиков Ф.О.</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ НЕОПЛАЗИИ	1136
<i>Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А., Хусанова Х.А.</i>	
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	1137
<i>Маматова М.Р., Ибрагимов Р.А.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	1137
<i>Мамудова Б.Ш., Шамсутдинова Д. Х.</i>	

<p>РАННИЕ ПРИЗНАКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</p> <p><i>Махсудова Х.Ф.</i></p>	1138
<p>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</p> <p><i>Махсудова Х.Ф.</i></p>	1139
<p>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ТАҲЛИЛИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ</p> <p><i>Маҳкамов Н. Ж. Хужаназаров И.Э.</i></p>	1140
<p>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҶАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФУНКЦИОНАЛ КОРРЕКЦИЯЛОВЧИ ДИСТРАКЦИОН МОСЛАМАДА ДАВОЛАШ</p> <p><i>Маҳкамов Н. Ж.</i></p>	1142
<p>УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭРТА БОСҚИЧИДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ.</p> <p><i>Маҳкамов Н. Ж. Нарматова Д.М.</i></p>	1143
<p>БЎЙИН, КЎКРАК ВА БЕЛ СОҶАСИ СПОНДИЛИТИНИНГ ТУРЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ.</p> <p><i>Маҳкамов Н.Ж. Хужаназаров И.Э.</i></p>	1144
<p>ПНЕВМОКОККЛИ ПНЕВМОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЭНДОГЕН АНТИМИКРОБ ПЕПТИДЛАР ТИЗИМИНИ ҲОЛАТИ</p> <p><i>Мелиқўзие.О.Э., Даминов.Т.О., Нигматова.Л.М.</i></p>	1145
<p>К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИНАХ РЕЦИДИВА ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ</p> <p><i>Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б</i></p>	1146
<p>ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.</p> <p><i>Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Юлдашев М.А, Юлчиев К.С., Нуманов Б.Б.</i></p>	1147
<p>ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.</p> <p><i>Мирзакаримов Б.Х., Гафуров А.А., Джумабаев Ж.У., Юлчиев К.С., Нумонов Б.Б.</i></p>	1148
<p>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ</p> <p><i>Миррахимова М.Х, Икромов Ш.Н.</i></p>	1148

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ МЕНОПАУЗЫ	1150
<i>Мирхошимов М.Б. Таджиева М.А.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СРЕДСТВАМИ СОЦИАЛЬНОПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ	1151
<i>Мирхошимова Х. М., Таджиева М.А.</i>	
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАТЕРИ И ПЛОДА У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ	1152
<i>Муминов А. А., Матлубов М. М., Хамдамова Э. Г.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ	1153
<i>Муминова Н.Х., Ишмуратова Л.Э., Шорахмедова Н.Ш.</i>	
СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ	1155
<i>Мусажанова Р.А., Шамсиев Ф.М., Азизова Н.Д., Каримова Н.И., Арипова Ш.Х., Каримова М.Х.</i>	
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ.	1156
<i>Мусозода Д., Ахмедова Н.М</i>	
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ДЕТЕЙ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.	1157
<i>Мухаммадиева Л.А., Кудратова З.Э., Тураева Н.О.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ДИФФУЗНЫМ ЭУТЕРИОИДНЫМ ЗОБОМ	1158
<i>Мухамедов Ф.Н., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Абдуллаева М.К.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ.	1160
<i>Мухаммадиев Э.Р., Жазимов Ф.С.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИТЕЛ К ГОРМОНАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА	1161
<i>Мухитдинова К.О., Негматшаева Х.Н.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ	1162
<i>Мухтаров Ж.М. Юлдашев В.Б. Кулдашев К.А. Мамаджанов У.Р.</i>	
БОЛАЛАРДА УТКИР БЎГИМ ИЧКИ ВА БЎГИМ ТАШКИ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ ХОЗИРГИ ЗАМОН ТАМОЙИЛЛАРИ	1163
<i>Мухтаров Ж.М., Юлдашев.В.Б., Кулдашев К.А., Исмоилов О.О.</i>	

НЕДОСТАТОК ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ	1164
<i>Набиева М. У.</i>	
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИНЫ	1165
<i>Наврүзова Ш.Б. Наврүзова Р.С.</i>	
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОСТВАРИЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	1166
<i>Насриддинова К.П.</i>	
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ	1167
<i>Насриддинова К.П.</i>	
ВЛИЯНИЕ РАЗВИТИЯ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ПРИНЦИПЫ ИХ КОРРЕКЦИИ	1168
<i>Насриддинова Д.Р, Ахмедова.Н.М</i>	
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	1169
<i>Нуриддинов.Ж.Ж.</i>	
ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕР ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ	1170
<i>Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б.</i>	
ИЗУЧЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ДЕТЕЙ С ПОНИЖЕННЫМИ БЕЗУСЛОВНЫМИ РЕФЛЕКСАМИ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ	1171
<i>Нуритдинова Г.Т., Инакова З.Т.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МОДЕЛИ СТЕЛЬКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	1173
<i>Пансатова Н.У., Джураев А.М., Исматуллаева М.Н.</i>	
ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ БЕРЕМЕННЫХ.	1173
<i>Пулатова О.С. Юлдашева Д.С</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ	1174
<i>Пулотжонов М.М., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Якубова О.Ш.</i>	
ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ КОМПЛЕКСА ФЕТОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПЛОДА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ	1175
<i>Рабиев С. Н., Тухтасинов Б.В.</i>	
КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАР ЁРИБ ЧИҚИШИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИНИ БАҲОЛАШ	1177
<i>Раимжонов Р. Р. Ризаев Ж. А.</i>	

РОЛЬ ТРОМБОЦИТОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ	1178
<i>Рахимова.З.И, Асранкулова.С.К</i>	
ФАКТОР РИСКА НЕФРОПАТИИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	1179
<i>Рахманова Л.К., Иллек Я.Ю., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.</i>	
ФАРҒОНА ВОДИЙСИДА ЎТҚИР ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА КЛИНИК ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ.	1180
<i>Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Болтабоева М.М.</i>	
КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ	1180
<i>Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М.</i>	
ЗНАЧЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	1182
<i>Рахмонова У. Х.</i>	
РОЛЬ ВИТАМИНА Д В РАЗВИТИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	1183
<i>Рузметова С.У., Умарова С.С..</i>	
РАННИЕ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	1185
<i>Рухиддинова Н.И., Исламова З.К.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВИТАМИНА Д.	1186
<i>Саидова Л. Б., Назарова А. Б.</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРА РОСТА ПЛАЦЕНТЫ С РАЗВИТИЕМ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЛОДА (СОП) У ЖЕНЩИН	1187
<i>Салимбоева Н.З., Джурабекова С.Т.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРРА	1187
<i>Самиева Г.У., Рустамова Г.Р.</i>	
НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	1189
<i>Санакулов А.Б.</i>	
НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ	1191
<i>Таджиев Б.М., Динмухаммадиев Н.А., Мирхашимов М.Б.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	1192
<i>Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Зайнабитдинова С.Н., Шамсиева Л.А.</i>	

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	1193
<i>Ташматова Г.А., Халматова Б.Т.</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИТОНИНА И Д-ДИМЕРА В КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19.	1195
<i>Тиллашайхова М.Р, Тиллашайхова М.Х.</i>	
БОЛАЛАР ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИДА ХАЁТ СИФАТИ	1195
<i>Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З., Вохидов Ф.Ш., Туйчиев Г.У.</i>	
МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ	1196
<i>Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф., Туйчиев Г.У., Вохидов Ф.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ	1197
<i>Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З., Вохидов Ф.Ш., Туйчиев Г.У.</i>	
ЦИТОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	1197
<i>Туйчиев Г.У., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З., Вохидов Ф.Ш., Туйчиев Г.У.</i>	
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	1198
<i>Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Садилов Х-М.А.</i>	
ТАЛОҚНИНГ ТРАВМАТИК ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ	1199
<i>Туракулов З.Ш., Исаков Н.З., Эргашев Н.Ш.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.	1200
<i>Туракулова Х.Э.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.	1201
<i>Туракулова Х.Э. , Азизова Н.Д.</i>	
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ САЛЬПИНГИТА У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ.	1202
<i>Турсункулова Х.О, Ищенко И.В.</i>	
САЛЬПИНГИТ У ДЕВОЧЕК. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ.	1202
<i>Турсункулова Х.О. Ищенко И.В.</i>	
ЧАСТОТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	1203
<i>Турсунов.Х.З., Коньчев.Д.В.</i>	

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНВАЗИВНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ. <i>Тухтаназарова Н.С.</i>	1204
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ <i>Н.С.Тухтаназарова</i>	1206
HOMILADOR AYOLLARDA OIV-INFEKSIYASINING TIBBIY VA IJTIMOIY MUAMMOSI <i>Kalniyazova I.B., Niyazova G.T.</i>	1207
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ НАРЯДУ С ЛУЧЕВЫМИ МЕТОДАМИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ <i>Умаров.Р.И., Тилавов.У.Х</i>	1208
КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ПО ИЗОСЕКСУАЛЬНОМУ ТИПУ У ДЕВОЧЕК <i>Умарова А.Б Арипова Ф.С.</i>	1209
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ <i>Умарова М.А.</i>	1210
ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ <i>Умарова М.А</i>	1210
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВДГК) У ДЕТЕЙ. <i>Уралбоев И.Э. Хамдамов М.М.</i>	1211
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ. <i>Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Маматов У.Ж.</i>	1212
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЮНОШЕСКОМ ЭПИФИЗЕОЛИЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ. <i>Уринбаев П.У., Амонов Г.Т., Саъдуллаев А.А.</i>	1213
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ <i>Уринова.Д.Б, Асранкулова.Д.Б</i>	1215
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕИ У БОЛЬНЫХ С COVID-19 <i>Усманова.Э.М</i>	1215

ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ И НУТРИЕНТОВ ГРУДНОГО МОЛОКА У КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ	1217
<i>Хакимов Ш.К., Нурутдинова Г.Т.,</i>	
СОҒЛОМ ОНАЛАР СУТИДАГИ ОҚСИЛНИНГ ҲАЗМ БЎЛИШИНИ НАТИЖАЛАРИ.	1218
<i>Хакимов Ш.К., Арзибекова У.А.</i>	
ХОМИЛАДОРЛИК ПИЕЛОНЕФРИТИДА ОПТИМАЛ ДАВО ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ	1219
<i>Хамраев О.А., Рустамов У.М., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.</i>	
«РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ АМНИОНА».	1219
<i>Хамраева М.Э., асс. каф. Абдулатипова Ф.А.</i>	
ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	1220
<i>Холиков Ф.Ж., Наврузова Р.С.</i>	
АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН	1221
<i>Холова Н.Ф., Туксанова Д.И.</i>	
COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ДИАРЕЯЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	1223
<i>Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Эралиев У.Э., Мирхошимов М.Б.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ	1224
<i>Худойбердиева.Х.Т., Косимов.Д.С., Халилов.О.Н., Хашимова.З.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ АКТИВНОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.	1225
<i>Худойбердиева.Х.Т., Хашимова.З.М., Косимов Д.С., Халилов О.Н.,</i>	
СТАНДАРТИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	1225
<i>Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Халилов О.Н., Хашимова З.М.</i>	
РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	1226
<i>Худойбердиева Х.Т., Халилов О.Н., Хашимова З.М., Косимов Д.С.,</i>	
ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ТОКСИКОЗОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	1227
<i>Халилов О.Н., Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ У ДЕТЕЙ	1228
<i>Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М.</i>	

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ СВОЙСТВО ПРЕПАРАТА ГЕМАЛИН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	1228
<i>Косимов Д.С., Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	1229
<i>Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М.</i>	
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	1230
<i>Халилов О.Н., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М.</i>	
ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ ЧЕЛОВЕКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРЕНИРОВОК ДЫХАНИЕМ ЧЕРЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕРТВОЕ ПРОСТРАНСТВО	1231
<i>Хашимова З.М., Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Халилов О.Н.</i>	
ГАЗООБМЕН В ЛЕГКИХ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ КИСЛОРОДА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ	1232
<i>Худойбердиева Х.Т., Косимов Д.С., Хашимова З.М., Халилов О.Н.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТХАРКИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА	1233
<i>Худойбердиева Х.Т., Халилов О.Н., Косимов Д.С., Хашимова З.М.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	1234
<i>Хусанова Х.А. Солиева М.О.,</i>	
БОЛАЛАРДА ТИШ ЭМАЛИ БОШЛАНГ'ИЧ КАРИЕСИНИ ДАВОЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ САМАРАДОРЛИГИ	1235
<i>Хамроева Д. Ш.</i>	
СЕМИЗЛИГИ БУЛГАН ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА АКУШЕРЛИК АСОРАТЛАРИНИНГ ЧАСТОТАСИ	1236
<i>Шавази.Н.Н., Юнусова.З.М.</i>	
ОТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.	1237
<i>Шамансуров Ш.Ш., Абдукадырова И.К.</i>	
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ.	1239
<i>Шамансуров Ш.Ш., Абдукадырова И.К.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРУПНОГО ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ	1241
<i>Шаматова. М.И. Д.А.Закирходжаева.</i>	

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	1241
<i>Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Исмоилова Ш.С.</i>	
ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	1243
<i>Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш. Б., Мирсалихова Н.Х., Атажанов Х. П., Ибрагимова Ж.Ф.</i>	
ОЦЕНКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ	1244
<i>Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш. Б., Атажанов Х. П., Абдуллаева М.К., Ибрагимова Ж.Ф.</i>	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СРЕДИННЫХ И БОКОВЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ ШЕИ.	1245
<i>Шамсиев Ш.Ж., Беялов А.М., Собирова Н.И.</i>	
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	1246
<i>Шаринов Р.Х., Расулов А.С., Расулова Н.А.</i>	
КАТАТРАВМА У ДЕТЕЙ	1247
<i>Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Хаджиматов А., Турсунов Э., Юлдашев З., Хожиялиев Б.</i>	
СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИК АСОРАТЛАРИ	1248
<i>Шопулотова З.А., Худоярова Д.Р., Асқарова Ф.К.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	1250
<i>Эгамназарова ХБ., Ахмедова Н.М.</i>	
ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ.	1251
<i>Эранов Н.Ф., Сувонов Б., Муродов Х.Б.</i>	
КАПСУЛОПЛАСТИКА КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕДНЕ-МЕДИАЛЬНЫХ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.	1252
<i>Эранов Ш.Н.</i>	
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ	1253
<i>Эркинова Ш.Б, Мирзаева Н.Б</i>	
БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ БЎЛГАН БЕМОРАРДА ТИЗЗА БЎҒИМИ БУКУВЧИ КОНТРАКТУРАСИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ.	1254
<i>Эшматов М.М., Хамроев Ф.Ш., Ахмедов А.Э.</i>	

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАМСТРИНГ СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ДЦП	1255
<i>Эшматов М.М., Хамраев Ф.Ш., Ахмедов А.Э.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА И ОСТЕОСИНТЕЗ ПОСЛЕ ОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ	1256
<i>Юлдашев.В.Б., Косимов П.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М., Уринбоев.О.А.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	1257
<i>Юлдашев.В.Б., Джаббаров С.К., Кулдашев К.А., Мухтаров Ж.М.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ТРАНСКОНДУЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	1258
<i>Юсунов Х.К., Бердибоев У.А., Жалилилов Х.М.</i>	
ЦМВ АССОЦИИРОВАННЫЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫ У ДЕТЕЙ	1259
<i>Яхяева К.З., Олимова Р.Р.</i>	
РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ИНДЕКСА АТЕРОГЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ	1260
<i>Яхяева К.З., Холтаева Ф.Ф., Олимова Р.Р.</i>	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ	
ERKIN GENERATSIYA NURLANISHI	1261
<i>Alimova E. A., Gulamov Sh. A.</i>	
KON'YUGIRLANGAN DIYENLAR HAMDA MALONLI DIALDEGID MIQDORI VA ANTIOKSIDANT TIZIMI FERMENTLARI SUPEROKSIDDISMUTAZA VA KATALAZA FAOLLIGI	1262
<i>Allaberganov M.Yu.</i>	
ZAYTUNNING KIMYOVIY TARKIBI VA UNDAN XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH	1263
<i>Asqarov I.R, Ubaydullayev K.T.</i>	
THE METHOD OF EXTRACTION FOR THE BRIAR FRUIT	1264
<i>Asqarov I.R¹ ., Razakov N.A.</i>	
ZA'FARONNING KIMYOVIY TARKIBI VA UNDAN XALQ TABOBATIDA FOYDALANISH	1265
<i>Asqarov I.R, Ubaydullayev K.T.</i>	
GROUP DISCUSSION SKILLS AS A TEACHING METHOD OF LEARNING OF FOREIGN LANGUAGES	1266
<i>Hudayberdiyeva L.S.</i>	

THE ROLE OF LEARNING STYLES IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES	1267
Hudayberdiyeva L.S.	
SOG‘LOM BOLALAR VA O‘SMIRLARDAGI TEMIR METABOLIZMINING YOSHGA XUSUSIYATLARI	1269
Irgasheva D.G.	
YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI PAYDO BO‘LGANDA IMMUNITET TIZIMLARINI TASHXISLASHNING ZAMONAVIY IMKONIYATLARI	1270
Irgasheva D.G.	
TECHNOLOGY FOR DIAGNOSIS OF URINARY TRACT INFECTIONS	1271
Isanova D.T., Azizov Y.D., Axmedova D.K.	
CHARACTERISTICS OF THE BIOLOGICAL PROPERTIES OF E.COLI IN WOMEN WITH CHRONIC CYSTITIS.	1272
Isanova D.T., Azizov Y.D., Xakimova I.T.	
INTERVENTIONAL MANAGEMENT METHODS OF PLACENTA ACCRETA	1273
Ismailova Z.U.	
ADENOVIRUSLI OFTALMOINFEKSIYA NATIJASIDA RIVOJLANGAN «QURUQ KO‘Z» SINDROMINING KOMPLEKS DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH	1274
Korjavov Sh.O., Xayriddinov B.B.	
FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILD IN WOMEN WITH FETUS GROWTH REST	1275
Mamazhonova S.O.	
ANDIZ- INULA HELENIUM NING MORFOLOGIK TUZILISHI VA TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI	1275
Matkarimova G.M., Yoqubova F.M.	
MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE STRUCTURE OF THE AMPULLA OF VATER'S PAPILLA IN ANIMALS WITH DIFFERENT CHARACTER OF NUTRITION	1276
Rakhmonova Kh.N.	
ODAM PRENATAL ONTOGENEZIDAGI QIZILO‘NGACH GEMOMIKROKULYATSIIYATSIYATNING ANATOMIK VA FUNKSIONAL XARAKTERISTIKASI	1278
Razakov B.Yu.	
QALQONSIMON BEZ XASTALIKLARINING HUYAYRALARNING QARISHI JARAYONIGA TA‘SIRI	1279
Razakov B.Yu.	

O‘SPIRINLIK DAVRIDA KASBIY BILIMDONLIKNING PSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI	1280
Rozikova L. T.	
CHARACTERISTICS OF DAMAGES IN PERSONS SUFFERED BY INTERNAL AUTOMOBILE INJURY	1282
Rustamova D. S.,Shavazi R.N., Rasulova M.R.	
BOLANING JISMONAN VA AQLAN RIVOJLANISHDA ONA SUTINING AHAMIYATI	1283
Valixonova M.U., Xolmatova N.O	
ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI SUT BEZI SARATONI VA SARATON OLDI KASALLIKLARINI ERTA TASHXISLASHDAGI O‘RNI	1285
Xasanov D.SH., Mamarasulova D.Z.,Urmanboeva D.A.	
MOCHEVINA HOSILALARINING XALQ TABOBATIDA QO‘LLANILISHI	1286
Yu.X. Xolboyev, A.B.Paqirdinov, A.G. Maxsumov, I.R. Asqarov	
KAMQONLIK KASALLIGINI DAVOLASHDA FERROSEN HOSILALARINING QO‘LLANILISHI	1287
Xolboyev Yu.X., Maxsumo A.G., Asqarov I.R.	
РОЛЬ ЭКСТРАКТА АЮГИ ТУРКЕСТАНСКОЙ ПРОТИВ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В УСЛОВИЯХ IN VIVO	1287
Абдуллаев А.А., Гайилов У.Г., Гайилова С.Н., Инамжанов.Д.Р., Арипов Т.Ф.	
ТАКСОНОМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.	1288
Азизов Ю.Д., Исанова Д.Т., Ахмедова Д.К.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КО-ВАЛОДИПА	1289
Акрамова А. А., Шукурова Д. Б.	
СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ШКОЛЬНИКОВ НА ОСНОВАНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	1289
Алиева М.А., Абдюсупова К.М., Шамсиев Ф.Х.	
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ	1290
Байбекова Г.Дж.	
ПАНКРЕАТИЧЕСКАЯ ЭКЗОСЕКРЕЦИЯ ЭВАКУАТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА	1292
Байбекова Г. Дж.	
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИДИВА ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА	1293
Бахронов Ш.Ш., Холмуродова Х.Х., Исроилов Х.Э. Гозибеков Ж.И.	

ВНЕДРЕНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА УРОКАХ ВНЕКЛАССНОГО ЧТЕНИЯ ПО ЛИТЕРАТУРЕ В СРЕДНИХ КЛАССАХ	1294
Буранова Н.Ш.	
КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛЯЦИИ В ОСНОВЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	1296
Бутабоев.М.Т.	
БУЛЛЁЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ В ДАГЕСТАНЕ – КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ И ПРОФИЛАКТИКА	1297
Гаджимурадова К.М., Жукова О.В., Гаджимурадов М.Н., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д.	
ИНТЕГРАЦИЯ ЧАТ-БОТОВ В МЕССЕНДЖЕРАХ ДЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	1298
Гаджимурадова М.М., Магомедова Ш.З., Гаджимурадова К.М.	
ТЎПИҚЛАР СИНИШИ ВА БОЛДИРЛАРАРО ДИСТАЛ СИНДЕСМОЗ БОЙЛАМИНИНГ УЗИЛИШИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ	1299
Гафуров Ф.А., Абдуллаев С.Н., Кодиров Ф.А.	
УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ И ПЯТЬ ТЕЗИСОВ ОБ УПРАВЛЕНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ	1301
Гофурова М.И., Мамасолиева Ш.А.	
МЕХАНИЧЕСКААЯ РАБОТА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	1302
Гуламов Ш.А., Кабулжонова Ш.А., С.Жакбарова	
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA (G634C) В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	1303
Дадабаев О.Т., Алейник В.А., Бобоев К.Т., Мусашайхов Х.Т.	
РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕНЗИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ СВИНЕЙ	1304
Зайцев С. Ю., Холбоев Ю.Х.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРИНЦИПАМ СОБЛЮДЕНИЯ МЕР ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ	1306
Ибрагимов У.С, Ибрагимова Ф.С. Махманазаров Г.А.	
GNARNALIUM (СУШЕННИЦА) ЭКСТРАКТИНИ КАЛАМУШ АОРТА ПРЕПАРАТИ ҚИСҚАРИШИГА РЕЛАКСАНТ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ	1307
Иномжонов Д.Р., Омонтурдиев С.З., Абдуллаев А.А., Гайибов У.Г., Арипов ТФ.	

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ АНДИЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА	1308
Исаков.Қ.К.	
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ АУТОМИКРОФЛОРЫ КОЖИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.	1309
Исанова Д.Т., Азизов Ю.Д., Хакимова И.Т.	
ХИМИЧЕСКИЙ ФАКТОР КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В ПРОИЗВОДСТВЕ ЛАКОКРАСОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ	1310
Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р., Кличев Ф.С.	
ПАРАМЕТРЫ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	1311
Искандарова Г.Т., Самигова Н.Р.	
ОВИЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОИЗВОДНЫХ ОКСАДИАЗОЛА	1312
Исламова Ж.И., Исмаилова Д.С., Ахмедова Г.Х., Элмуратов Б.Ж.	
ИЗУЧЕНИИ БИОЛОГИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СВОЙСТВА VIEBERSTEINIA MULTIFIDA DC.	1313
Исламова З.Б.	
КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ С УРОВНЕМ КОРТИЗОЛА В КРОВИ	1314
Клычева Р. И., Рахимбаева Г. С., Насирдинова Н. А.	
ПРИМЕНЕНИЕ ОНЛАЙН-ИНСТРУМЕНТОВ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ	1316
Коржавов Ш.О., Гаппарова О.Г.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛУЧЕВЫМ МЕТОДОМ	1317
Коржавов Ш.О., Сулейманов Р.И.	
ЎСАЎТГАН ОРГАНИЗМНИНГ УГЛЕВОДЛАР АЛМАШИНУВИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА КСЕНОБИОТИКЛАРНИНГ ТАЪСИРИ.	1318
Курбанова Н.К.	
АМИЛАЗА ФЕРМЕНТИ ГОМЕОСТАЗИГА ГАММА НУРЛАНИШ ТАЪСИРИ	1319
Қодиров Ш.Қ, Мирзаджанова Н.М.	
SAPONINLAR VA TARKIBIDA SAPONIN BO'LGAN O'SIMLIKLAR	1321
Махамматова S.Х., Хомидов I.I.	

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКОТОКСИКАНТОВ ХИМИЧЕСКОГО ЗАВОДА	1322
Маллаева М.Б., Наимова З.С., Курбанова Х.А.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПОВЕРХНОСТНЫХ СЛОЕВ РОГОЗЫ	1324
Мамадалимов А.Т., Муминова Г.М.	
МОТИВАЦИЯ КАК СРЕДСТВО ИЗУЧЕНИЯ ЯЗЫКОВ	1325
Мамаджанова М.Р.	
ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СУХОЖИЛИЯМИ ПОДКОЛЕННЫХ СГИБАТЕЛЕЙ ИЛИ СУХОЖИЛИЕМ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ.	1326
Маматкулов К.М. Рахмонов Ш.Ш, Мардонкулов Улугбек Олим угли	
КИЗИЛ-ЦЕННОЕ ПЛОДОВОЕ, ЛЕКАРСТВЕННОЕ, ДЕКАРАТИВНОЕ РАСТЕНИЯ	1328
Маткаримова Г.М.	
ТИРИКЛИКНИНГ ХОССАЛАРИ РИВОЖЛАНИШИ ДАРАЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ ВА ТИРИК ОРГАНИЗМЛАРДА БИОЛОГИК АХБОРОТНИ РОЛЬИ	1329
Маткаримова Г.М.	
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	1330
Махматмурадова Н.Н., Нормухматов И.З.	
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ	1331
Махматмурадова Н.Н., Нормухматов И.З.	
ПЕРИПОРТАЛ КАРДИОМИОПАТИЯНИНГ МОРФОЛОГИК БЕЛГИЛАРИ	1332
Махмиев Д.Н., Орипова О.О.	
ТОМОҚМУРТАКЛАРИДАТИЛЛАРАНГСТАФИЛАКОКЛАРНИАНИҚ ЛАШДИНАМИКАСИ	1333
Махаммадиев Б. Ф., Шайкулов Х.Ш.,Эргашева Д Ж.	
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИТОТЕРАПИИ	1333
Минаваров.Р.А.	
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВОБОДНОГОВРЕМЕНИ СТУДЕНТАМИ САМАРКАНДСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	1334
Наимова З.С., Бобокулова А.К.	

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА.	1335
Нуриддинов А.Н., Сафоева З.Ф.	
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА ВУЛЬВЫ И ЕГО ОСОБЕННОСТИ	1336
Полатова Д.Ш., Наврузова В.С.	
АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПИЩЕВОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА	1337
Разаков Б.Ю.	
ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРОЦЕСС КЛЕТОЧНОГО СТАРЕНИЯ	1338
Разаков Б.Ю.	
ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ ПРОИЗВОДСТВА ТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРЕРАБОТКИ ПОЛИЭТИЛЕНА	1339
Самигова Н.Р., Набиев Х.Р., Аминова А.Б.	
СТАТИСТИКА СУИЦИДОВ ПО СТРАНАМ МИРА	1341
Салиева М.Х., Топволдиев М., Мирзаева М.М., Бутаханов Ф.	
ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ	1342
Салиева М.Х., Бутаханов Ф., Мирзаева М.М., Топволдиев М.	
БУЮК МУТАФАККИР АБУ АЛИ ИБН СИНО ЎГИТЛАРИНИНГ ОИЛА ВА ЁШЛАР ТАРБИЯСИДАГИ АҲАМИЯТИ	1343
Сапиохунова Х.М., Салиева М. Х.	
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ	1344
Сапиохунова Х.М., Ходжихматова Р.Ю.	
АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗА	1345
Сапиохунова Х.М., Юсупов К.М.	
ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ	1347
Сапиохунова Х.М., Мирзаева М.М.	
МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – КАК ИСТОЧНИК УЛУЧШЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ	1348
Сапиохунова Х.М., Салиева М.Х.	
НУРЛАНИШНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИ ОРГАНИЗМИГА ТАЪСИРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ТАВСИФИ	1349
Тухтаева Х.Х., Хамдамов Б.З.	

ТАЖРИБА ХАЙВОНЛАРДА ГИПОТИРЕОЗ ХОЛАТИНИ НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИ ВА КОНДА АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ТАСИРИ	1352
<i>Умматалиев Д.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.</i>	
ТАЖРИБА КАЛАМУШЛАРИДА ГИПЕРТИРЕОЗ ХОЛАТИДА КОНДАГИ АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСИГА ВА НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИГА ТАСИРИ	1353
<i>Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У., Кодиров М.Ш.</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ	1354
<i>Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.</i>	
МОБИЛ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ МЕТОДИКАСИ	1355
<i>Хайитова Ш.Д., Нурмухаммадиева Л.А</i>	
РОЛЬ ОЦЕНКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО АНАТОМИЧЕСКОГО РЕЗЕРВА В РАЗВИТИИ КЛИНИКИ ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.	1357
<i>Хакимов М.Н.¹, Кариев Г.М.², Ташланов Ф.Н.³</i>	
ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В АСПЕКТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ	1358
<i>Хакимова Х.Х., Олимжорова Ф.О.</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	1359
<i>Холбаев Р. А., Абдиев Э.М.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА	1359
<i>Холова Наргис., Абидов Х.А.</i>	
ЦИКЛОТРИВЕРАТРИЛЕН – КРАУН ЭФИР РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	1360
<i>Хомидов И.И., Махаматова С.Х.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО – ЗАКОНОМЕРНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.	1361
<i>Худайбердиева Л.С.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗ ЫКА В АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ	1363
<i>Худайбердиева Л.С.</i>	
ҚИШЛОҚ АҲОЛИ ЯШАШ ЖОЙЛАРИНИ ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАНГАНЛИК ХОЛАТИНИ БАХОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	1365
<i>Шеркўзиёва Г.Ф., Бобоева И.Ў., Умуров Ш.С.</i>	

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.	1367
Юлдашев Г.Ю., Эгамбердиев З.Ш.	
ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ И СОЗДАНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ НА ЕГО ОСНОВЕ.	1367
Юсуфов Р.Ф., Хасанова Г.Р.	
ОСТРОТА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	1368
Абуамриа Ала ну ман А., Гаджимурадов М.Н., Мухамед Нур Н.А., Алиева М.Г., Мамашева Г.Д.	